FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N° ———

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Paul DUVIC

né à La Roche-sur-Yon (Vendée)

le 4 octobre 1900

Contribution à l'étude de la valeur de la réaction de Von Pirquet dans le premier âge

---

Le Président : P. NOBECOURT.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^ie^, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

LE DOYEN ..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Contribution à l'étude de la valeur de la réaction de Von Pirquet dans le premier âge

INTRODUCTION

Pendant les six mois que j'eus l'honneur de remplir les fonctions d'interne dans le service de clinique des maladies infantiles de l'Hôtel-Dieu de Nantes, je pris l'habitude, sur le conseil de mon maître, M. le Docteur Le Meignen, de pratiquer systématiquement la réaction de Von Pirquet sur tous les enfants entrant ou séjournant dans le service.

Ces cuti-réactions, commencées sans opinion préconçue sur la valeur des résultats qu'elles étaient susceptibles de donner, furent continuées par la suite, indépendamment des besoins de la clinique : car, si nous fîmes nos premières tuberculino-réactions dans un but diagnostique, la plupart du temps, pour apporter une présomption en faveur de la tuberculose dans un cas difficile, nous nous aperçûmes vite de l'intérêt d'une pareille méthode et de l'utilité qu'il y avait à fixer en quarante-huit heures

ce point capital de l'état civil médical d'un enfant : est-il bacillisé ou non ?

Je n'arrivai pas d'un seul coup à cette haute idée de la valeur de la cuti-réaction. Bien des critiques lui ont été adressées, et ses plus chauds partisans ont vu rudement ébranler la foi qu'ils avaient en elle. Les mémoires et les observations publiés depuis dix-huit ans contiennent de quoi refroidir l'entousiasme qui gagne l'expérimentateur lors des constatations premières. Mais certains de ces travaux sont-ils entièrement exempts de critiques ? Souvent, on s'est hâté de porter au compte de la méthode les défauts dûs à une mauvaise technique.

En fait, ces reproches sont souvent injustes. Les auteurs demandent à la cuti-réaction trop ou trop peu : certains voudraient qu'elle ne décelât que les tuberculoses évolutives, d'autres un diagnostic de localisation, d'autres enfin une signification pronostique basée sur une intensité beaucoup plus sujette à des facteurs organiques personnels qu'aux étapes futures de la maladie.

Il ne faut pas, par amour des classifications à outrance, vouloir à lésions égales des réactions égales, ou encore faire rentrer à tout prix les résultats obtenus dans le cadre étroit d'un tableau préétabli, en éliminant systématiquement ceux qui ne sont pas conformes à des idées préconçues. J'essaierai donc, dans le cours de la présente étude, d'exposer les idées que m'a pu suggérer un coup d'œil rétrospectif jeté sur la question, associé à quelque expé-

rience personnelle. Je m'efforcerai d'en dégager les raisons qui m'ont fait comprendre l'énorme crédit qu'on peut, à juste titre, accorder à la réaction de Von Pirquet, dont l'emploi doit être vulgarisé le plus possible pour le plus grand bien de la pratique médicale.

LA CUTI-RÉACTION

Je ne veux pas recommencer ici l'historique de la cuti-réaction. Cette question a déjà été traitée d'une façon très complète dans les remarquables thèses d'Oppert (1) et de Lemaire (2), auquelles je renvoie pour la bibliographie. Depuis la mémorable communication de Von Pirquet à la Société de Médecine de Berlin (3), l'étude de cette réaction a toujours été passionnément poursuivie par les pédiatres, les hygiénistes, les bactériologistes, les vétérinaires, en général par tous ceux qui, pour des raisons diverses, s'intéressent au vaste problème de la tuberculose. Les pédiatres surtout semblent devoir tirer un énorme profit du tuberculino-diagnostic.

Je dis tuberculino-diagnostic, car l'ophtalmo et l'intradermo-réaction ont eu, elles aussi, leurs partisans. Une bonne partie de la littérature médicale

(1) La cuti-réaction à la tuberculine, Thèse de Paris, 1908.

(2) Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine, en particulier chez les enfants. Thèse de Paris, 1909.

(3) Von Pirquet. Diagnostic de la tuberculose par la C. R. Soc. de Méd. de Berlin, 8 mai 1907.

est consacrée à rechercher quelle est la plus sensible, la plus fidèle, la moins sujette aux erreurs de ces trois sœurs jumelles. Ces discussions, où l'on trouve alternativement pour et contre des arguments de valeur et des observations troublantes, prouvent qu'il y a le plus souvent concordance des résultats, mais qu'il existe encore des cas où les trois méthodes sont en désaccord. Sur ce point, la cuti-réaction ne paraît pas inférieure aux autres, bien au contraire, et plusieurs auteurs la préfèrent ouvertement. Elle est de beaucoup la plus facile à pratiquer et à lire ; elle est surtout d'une innocuité absolue. Jamais la moindre complication n'est venue aggraver l'évolution de la papule ; jamais une réaction générale, si minime soit-elle, n'a suivi le dépôt de la tuberculine dans la scarification épidermique. On ne peut en dire autant de l'intradermo-réaction (1). Quant au fait de produire, pour les seuls besoins du diagnostic, une conjonctivite, sans être bien sûr qu'elle aura une issue favorable, c'est une très grande imprudence, ce qualificatif étant le moindre qu'on puisse appliquer à une telle méthode. Les spécialistes nous ont mis en garde contre les possibilités, rares, il est vrai, d'inflammations graves succédant à la congestion provoquée. Nous n'avons pas le droit de traiter avec autant de légèreté l'œil d'un enfant, d'autant plus, je le répète, que la supériorité de

(1) J. Comby. Société Médicale des Hôpitaux, 29 avril 1910.

l'ophtalmo-réaction est loin d'être démontrée.

Je me suis constamment servi de la tuberculine brute livrée par l'Institut Pasteur en ampoules scellées. J'insiste tout particulièrement sur l'importance qu'il y a à ne point employer la tuberculine diluée (1), avec laquelle on a faussé beaucoup de statistiques et tiré force conclusions erronées.

Je ne m'étendrai pas sur le *modus faciendi* de la réaction de Von Pirquet. Les auteurs ont varié à l'infini des questions de détail sans grande utilité. Le seul point à retenir est de toujours opérer de la même façon, afin d'obtenir des résultats comparables. Voici comment j'ai l'habitude de m'y prendre :

Deux vaccinostyles me sont nécessaires pour chaque enfant ; aussi en ai-je une provision dans un tube, le tout sérilisé à l'autoclave. Sur la peau de la région deltoïdienne, préalablement passée à l'éther, l'alcool ayant le désavantage de sécher très lentement, je pratique sur une même ligne trois scarifications verticales longues de trois millimètres et espacées d'un centimètre environ, puis une quatrième scarification, isolée des autres, sur la région antérieure du bras, en prenant bien garde de ne pas faire saigner. Je laisse ensuite tomber sur le vaccinostyle une goutte de glycérine soigneusement sté-

(1) *Cf.* Enrique Suner. Congrès d'obst. gynéc. et pédiatric. Madrid 1911, et Charles M'Neil : Edimbourgh Med. Journal, avril 1912.

rilisée, celle-ci constituant un premier témoin. Avec le second vaccinostyle, je prends un peu de tuberculine brute et la dépose sur les deux scarifications extrêmes, celle du milieu ne recevant rien et constituant le second témoin. Il est bon de regarder ensuite l'aspect présenté par la réaction pendant trois jours consécutifs. Passé ce délai, je n'ai jamais vu apparaître la moindre rougeur, bien que le fait ait été signalé à titre d'extrême rareté.

Telle est la méthode qui m'a semblé offrir le plus de garanties, sans compliquer outre mesure la simplicité de la technique de la cuti-réaction.

STATISTIQUES

Je n'ai jamais cessé d'envisager la cuti-réaction comme un moyen de diagnostic n'ayant sa pleine valeur que chez le jeune enfant. Les résultats que j'ai obtenus chez les malades âgés de plus 3 ans sont en plein accord avec les chiffres des différentes statistiques publiées jusqu'à ce jour, celles-ci étant, d'ailleurs, à peu de chose près, concordantes. Là n'était donc pas l'intérêt de cette étude, d'autant mieux que déjà une sémiologie plus riche, une contamination bacillaire plus commune et des microbes de réaction très différents changent singulièrement les données du problème.

Chez le nourrisson, au contraire, les pourcentages de cuti-réactions positives varient d'une façon notable d'un auteur à l'autre, ce qui n'est pas un des

moindres reproches qu'on ait fait à la méthode ; exemple :

TABLEAU I

AGES	Von Pirquet.	Hamburger.	Ganghofner.	Manteux et Lemaire.	Lemaire.	Paisseau et Tixier.	G. Mioche.	H. Rozenblatt.	Calmette, Grisez, Letulle.	Meunier.	Duthoit.	A. Brown.	Méroz et Khalatoff.
3 mois..	3	0	—	2,4	—	7,7	10,5	2,56	8,7	4,6	4	4,8	0
6 mois..			—		—	21						6,86	
12 mois.			—		—	31		14,28				19,78	6,6
nnée ...	2	9	2	29	19	—	24,3	23	22,2	12,6	9	23,68	17,6
nnée ...	—	—	—	—	—	—	32,8	—	—	21	16	—	40,6

Cependant, le chiffre de 3 % établi pour la première année par Von Pirquet me paraît être en accord avec la réalité par la moyenne des constatations faites dans des milieux non sélectionnés (Duthoit en clientèle privée et en milieux scolaires, Meunier, Le pourcentage élevé de 10,5 trouvé par Mlle Mioche dans le service de M. Marfan provient probablement de ce fait qu'il n'est question dans cette statistique que d'enfants malades. Or, la clientèle d'une Crèche médicale est déjà le produit d'un triage qui place tous les tuberculeux de moins d'un an du même

côté. Rien d'étonnant, alors, si la proportion est fortement accrue.

C'est ce que démontrent mes deux listes parallèlement dressées, l'une dans une Crèche médicale, l'autre dans une Crèche maternelle et d'enfants assistés. Si on n'envisage que le premier tableau, on voit que j'ai trouvé 8,3 %, chiffre se rapprochant de ceux de M. Marfan et de ceux de Calmette et Letulle. Mais si on calcule, toujours pour la première année, la proportion des cuti-réactions positives par rapport au total formé par les deux tableaux, on n'obtient plus que 3,96 %. On peut donc dire que, pendant la première année d'âge, la moyenne des cuti-réactions positives oscille entre 3 et 4 pour 100 enfants examinés. C'est d'ailleurs la quantité que Hutinel avait depuis longtemps fixée sur les données de l'anatomie pathologique. C'est également un chiffre très voisin (4,6 %) que publie M. Nobécourt (1), chiffre tiré d'une statistique portant sur 1296 nourrissons hospitalisés.

Voici les résultats de nos réactions de Von Pirquet faites dans les crèches de l'Hôtel-Dieu de Nantes :

---

(1) Paris Médical, 6 janvier 1923.

TABLEAU II

AGE	CRÈCHE MÉDICALE			CRÈCHE MATERNELLE ET D'ENFANTS ASSISTÉS			TOTAL		
	Nombre d'observat^{s}.	C.R. positives.	%	Nombre d'observat^{s}.	C.R. positives.	%	Nombre d'observat^{s}.	C.R. positives.	%
0 à 3 mois..	81	0	0	228	1	0,44	309	1	0,32
3 à 6 mois..	39	5	12,5	21	0	0	60	5	8,5
6 m. à 1 an.	49	9	18,3	34	3	8,7	83	12	14,4
2^{e} année ...	55	15	27	58	2	3,4	113	17	15,3
3^{e} année ...	35	12	33,6	9	2	22.	44	14	31

LES CUTI-RÉACTIONS EN SÉRIE

Concordances et discordances

Le phénomène d'anergie chez l'enfant

Comme les cuti-réactions que je fis aux plus jeunes nourrissons étaient constamment négatives, comme un grand nombre d'enfants un peu plus âgés qui ne réagissaient pas à la tuberculine présentaient des syndrômes cliniques qu'on était fort tenté d'étiqueter tuberculose, comme d'autres dont la santé paraissait florissante réagissaient fortement, je me suis, jadis, demandé jusqu'à quel point on devait ajouter foi, dans certains cas, à la réaction de Von Pirquet.

Pour qu'il fût possible de vérifier ses résultats, il fallait des moyens de contrôle qu'on pût ensuite grouper autour d'elle comme une petite pléiade de symptômes capables, non seulement de fortifier notre confiance, mais encore de nous aider au diagnostic.

Le premier mode de contrôle auquel j'ai eu recours est la cuti-réaction en série : s'il existe des doutes après une première inoculation, j'en fais une seconde, une troisième, et même jusqu'à cinq et six, si besoin est. Actuellement, nous n'en pratiquons systématiquement jamais moins de trois. L'identité de ces trois résultats est un sérieux appoint. M. Nobé-

court (1) a vivement insisté sur les avantages de cette manière d'opérer : il ajoute que des cuti-réactions répétées et toujours négatives permettent d'affirmer que l'enfant n'est pas tuberculeux.

Quant aux indications, je ne puis les considérer autrement que comme absolument constantes, car jamais elles ne sont démenties pour un même enfant. Celui qui, lors de son entrée, réagissait à la tuberculine, n'a pas cessé de réagir jusqu'à la sortie ou jusqu'à la mort. Celui qui présentait une cuti-réaction négative l'a conservée telle jusqu'au moment où il nous a quitté.

Et pourtant on a publié des cas où la cuti-réaction, d'abord positive, avait disparu. La chose est fort possible, et même toute naturelle, si l'on assimile ce qui se passe chez le nourrisson à ce qui se passe chez l'adulte ou chez le grand enfant. On a invoqué, pour expliquer ce phénomène, les deux causes qui peuvent faire disparaître l'état d'allergie : l'évolution des maladies infectieuses et la tuberculose à la période de cachexie.

M. Nobécourt (2) cite des réactions négatives consécutives à la grippe, à la fièvre typhoïde, à la rougeole, à la pneumonie, à l'insuffisance hépatique. La coqueluche également, dit-il, peut provoquer la suppression des réactions cutanées à la tubercu-

(1) P. Nobécourt. La Pédiatrie, janvier 1922.

(2) P. Nobécourt. Progrès Médical, 23 janvier 1922.

line (1), cette anergie tuberculinique paraissant d'autant plus marquée que la coqueluche est grave et compliquée de broncho-pneumonie.

Pour M. Marfan (2), aucune maladie, si ce n'est la rougeole, n'est une cause importante d'anergie dans le premier âge ; la grippe, la coqueluche, la bronchopneumonie, n'empêchent pas la cuti-réaction d'être positive quand l'enfant est tuberculeux.

Je n'ai pas eu l'occasion de suivre des nourrissons atteints de rougeole, de coqueluche, ou, ce qui doit être beaucoup plus rare, de typhoïde ; je ne possède donc pas d'observations personnelles à produire à ce sujet.

Quel que soit l'effet de ces maladies sur la réaction de Von Pirquet, elles doivent conserver des caractéristiques suffisantes pour permettre de les dépister, d'en faire le diagnostic, et de remettre à un peu plus tard la réponse définitive de la tuberculine.

Mais il est un genre de maladie dont l'influence sur la cuti-réaction serait beaucoup plus grosse de conséquences. Je veux parler de certaines bronchopneumonies et des pneumococcies de toutes sortes qui, lorsqu'elles se prolongent, prennent le masque de la tuberculose. Lereboullet (3) insiste sur ces pneumonies prolongées et sur l'intérêt qu'il y a à les

---

(1) P. Nobécourt et Forgeron. Arch. de Méd. des Enfants, juillet 1922.

(2) A.-B. Marfan. Presse Médicale, 8 décembre 1923.

(3) Paris Médical, 8 septembre 1923.

dépister chez le nourrisson, où elles peuvent s'extérioriser par une fièvre à grandes oscillations, par un foyer du sommet, par une série de foyers congestifs pulmonaires ; il ajoute qu'il ne faut pas trop vite conclure à la tuberculose.

Dans de pareilles conditions, il est de première importance de savoir si la cuti-réaction reste fidèle. Elle seule, en effet, peut nous guider vers le diagnostic, car la clinique ne nous fait entrevoir qu'un syndrôme sans nous renseigner sur l'étiologie.

Dès 1912, dans sa thèse, L. Gavet (1), après avoir passé en revue les maladies qui rendent négative la réaction de Von Pirquet, et s'appuyant sur les statistiques de M'Neil, de J. W. Bride et la sienne, écrivait : : « La bronchopneumonie ne semble pas avoir la même influence que les maladies précédentes sur la réaction à la tuberculine. »

M. Gardère (2) admet que sa disparition n'est point constante, bien qu'il voie dans les pneumonies une cause éventuelle d'anergie.

En ce qui me concerne, je n'ai jamais observé une seule erreur commise par la cuti-réaction. Dans beaucoup de cas de fièvres prolongées avec symptômes généraux très équivoques, elle a tranché la difficulté pour notre plus grand bien, et toujours

---

(1) De l'influence de certaines affections et de l'état de gestation sur les réactions à la tuberculine. Th. de Paris, 1912.

(2) III[e] Congrès des Pédiatres de langue française, octobre 1923.

à son honneur. Qu'on veuille bien se reporter aux observations VI, XII, XL. LI, LIV, XCIV, XCVIII, CXLVII. Que de fois, devant ces petits malades amaigris, suffocant et toussant, devant des fièvres de trois semaines, un mois, devant des localisations pulmonaires d'une fixité impressionnante, nous avons eu la tentation d'accuser la réaction de Von Pirquet et d'invoquer l'anergie pour expliquer sa négativité ! Que de fois nous avons été sur le point de nous dire, comme Lemaire (in Thèse de Paris (Obs. CLXXI), que tel enfant avait « tout à fait l'aspect d'un tuberculeux », affirmant sur les seuls symptômes cliniques et sur l'aspect général un diagnostic démenti à juste titre par la cuti-réaction !

Bien loin d'admettre les conclusions de Génévrier (1), j'accorderais à celle-ci une valeur très précise quand il s'agit de démontrer la nature des pneumonies prolongées, et j'ajouterais qu'elle est d'un très grand secours (2) pour distinguer, chez le jeune enfant, la tuberculose des affections pulmonaires chroniques. Lorsqu'un tel problème se pose, la cuti-réaction nous permet de nier la présence de bacille de Koch, si elle est négative. Pourrait-on objecter que sa positivité n'implique pas forcément la nature tuberculeuse du processus actuellement en évolution,

(1) IIIe Congrès des Pédiatres de langue française, octobre 1923.

(2) *Cf.* J. W. Bride. La cuti-réaction à la tuberculine, de Von Pirquet. (The Brit. Med. Journ., 14 mai 1910.)

autrement dit, les affections pulmonaires sus-mentionnées n'existeraient-elles point chez des nourrissons réagissant à la tuberculine ? Une pareille hypothèse, difficile à admettre en théorie, car de telles associations morbides sont exceptionnelles chez l'enfant, n'a plus, en pratique, la valeur d'un argument : dans un cas semblable, en effet, on conçoit mal une tuberculose tellement quiescente qu'elle ne recherche pas à s'arroger le premier rôle, auquel car le médecin n'a qu'à se louer d'avoir suivi, pour son diagnostic, son pronostic et son traitement, les indications de la réaction de Von Pirquet.

J'ai maintes fois observé la disparition de la cuti-réaction à la phase terminale des tuberculoses graves d'adultes ou de grands enfants. Chez le nourrisson, jamais je n'ai pu relever rien de comparable. Il m'est pourtant arrivé plusieurs fois de faire des inoculations de tuberculine à des enfants très affaiblis par la maladie. (*Cf.* Obs. XXIII, XLV, L, LXI, XCVII, CLXVII.)

Certains auteurs ont certainement exagéré le rôle de la cachexie dans la production de l'anergie tuberculinique. Pour en parler à bon escient, il faut avoir, auparavant, constaté une cuti-réaction positive et répété les inoculations. Or, on s'est parfois contenté de la négativité d'une épreuve passagère pour affirmer la disparition de l'état d'allergie. On ne peut donc pas tenir compte des observations où ces précautions n'ont pas été prises.

MM. R. Debré et Laplane (1), parlant des tuberculoses graves évoluant vers la mort, dénoncent les déboires de ceux qui attendent une disparition de la cuti-réaction aux approches de la terminaison fatale. Dans 65 % des cas de leur statistique, elle est restée positive sans faiblir jusqu'à la fin. Chez les 35 % qui restent, MM. Debré et Laplane l'ont vue s'atténuer et devenir négative « les semaines avant la mort, comme chez l'adulte ».

On ne doit pas assimiler les réactions tuberculiniques du nourrisson à celles de l'adulte, car le bacille de Koch se comporte vis-à-vis de l'un et de l'autre de façon très différente. Cette dissemblance de réaction varie même d'un âge à l'autre, s'éloignant d'autant plus du type présenté par l'homme mûr que le sujet examiné est plus jeune. Il ne serait donc pas étonnant qu'il y ait également une différence dans les manifestations provoquées par la tuberculine. C'est du moins ce que dit Mensi (2) : tandis que, chez l'adulte, la réaction allergique, d'autant plus forte que l'organisme se défend davantage, s'atténue et disparaît à mesure que progresse la cachexie, chez l'enfant, au contraire, elle peut exister et persister, malgré la diminution de l'immunité humorale.

---

(1) La cuti-réaction au cours de la tuberculose évolutive mortelle du nourrisson. Revue de la Tuberculose, n° 4, p. 349, 1922.

(2) L'état actuel de la tuberculino-réaction dans l'enfance. Archives de Médecine des Enfants, février 1923.

Telle est la constatation que j'ai faite au cours de mes inoculations. L'explication d'un tel phénomène, qui constitue à première vue une exception quasi-impossible, me paraît être dans la rapidité de la marche suivie par la tuberculose chez l'enfant, rapidité d'autant plus grande qu'il est plus jeune.

Je ne veux point être exclusif, et bien que n'ayant jamais été témoin de faits semblables, je crois qu'un grand état de faiblesse, comme on en voit chez ceux qui sont par avance chétifs, débiles ou athrepsiques, doit influer sur la disposition de l'état d'allergie. On conçoit qu'une réaction de défense n'apparaisse pas sur un cadavre (Obs. XVIII, in Thèse d'Oppert). MM. R. Debré et H. Bonnet ont fait remarquer que la cuti constamment positive se voyait de préférence « chez des nourrissons d'aspect floride. Elle disparaît au contraire au cours de l'évolution de la tuberculose chez le nourrisson de faible poids et d'aspect malingre (1). » Et ces auteurs comparent cette constatation clinique à celle qu'ils font au laboratoire : « un cobaye inoculé d'une dose de bacilles suffisante pour lui conférer une tuberculose mortelle présente une intradermo-réaction d'autant plus durable que l'animal est plus gros. Chez les animaux d'un poids élevé, l'I. D. R. reste positive et forte jusqu'à la mort. »

D'autre part, de jeunes enfants d'apparence ca-

---

(1) R. Debré et Henri Bonnet. Société de Biologie, 3 mars 1922.

chectique réagissent encore et jusqu'à la dernière heure (Obs. 29 et 35 in Th. Lemaire, 2 in Th. Oppert, 12 in Th. Dora Mantoux). N'y a-t-il pas encore abus à identifier la cachexie du tuberculeux adulte à la cachexie du nourrisson tuberculeux ? Lorsqu'on analyse les observations, on remarque des modalités très différentes. Le phtisique agonisant après des mois ou des années d'une longue maladie, pendant laquelle il s'est entièrement consumé pour lutter contre le bacille de Koch, après des intermèdes aigus et des périodes d'accalmie, présente une déchéance et une déficience lentement acquises de tous les organes. Il est à bout, et c'est à juste titre qu'on peut l'appeler cachectique.

Chez le jeune enfant, rien de semblable. Il est bien portant, il engraisse, puis brusquement la température monte, il se met à tousser, maigrit et meurt. La maladie entière dure au plus deux ou trois mois. Au cours de la lutte qu'il a soutenue contre l'infection, l'organisme a consumé le pannicule adipeux dont la disparition donne à l'enfant cet aspect effrayant de petit squelette. Peut-on, pour une évolution aussi rapide, parler sans exagérer de cachexie tuberculeuse ? Qu'il en soit question chez les enfants de plus de deux ans qui se rapprochent déjà des « grands », passe encore ! Mais le tout petit, ne nous paraît-il pas cachectique que parce qu'il maigrit rapidement ? Et cet amaigrissement rapide, qui ne fait pas toute la cachexie, n'est-il pas commun à un grand nombre de maladies du premier âge ?

Il serait donc très juste de conclure, avec M. Marfan : « Chez les jeunes enfants, cette cause d'anergie (en cas de lésions tuberculeuses étendues et profondes) n'intervient que très rarement ; même lorsqu'ils sont atteints de granulie ou de méningite, la cuti-réaction est presque toujours positive. Peut-être cette persistance de la cuti-réaction est-elle due à ce que ces formes étendues tuent avant d'avoir déterminé la cachexie. »

A l'inverse de sa disparition, on peut, chez des enfants hospitalisés et soustraits à toute contamination, observer l'apparition de la réaction de Von Pirquet. Et ce fait constitue la troisième des causes de son absence chez un jeune tuberculeux. Il faut admettre, alors, que le petit malade est porteur de l'infection bacillaire lors de son entrée, car je ne comprends pas dans cette catégorie les enfants qui entrent et sortent à plusieurs reprises ; repris par la famille, ils y sont alors exposés à la possibilité d'une contagion qui les avait tout d'abord épargnés. (Cas de l'Obs. 29 in Thèse Lemaire.)

Pendant une certaine période, dite *période anté-allergique*, l'enfant ne réagit pas à la tuberculine. Il est, comme le font très justement remarquer MM. R. Debré et H. Bonnet (1), dans l'état d'un cobaye tuberculisé qui ne réagit pas encore par le phénomène de Koch parce que les deux inoculations ont

(1) R. Debré et Henri Bonnet. Société de Biologie, 8 juillet 1922.

été trop rapprochées. De même qu'il serait impossible de concevoir l'apparition de ce phénomène avant que les bacilles de Koch aient modifié par leur présence les réactions spécifique des humeurs de l'animal en expérience, de même, on ne peut demander à la cuti-réaction une apparition exactement contemporaine de l'infection.

Cette période antéallergique est raisonnablement obligatoire, et on ne peut reprocher à la cuti-réaction de rester muette tout le temps qu'elle dure.

MM. Debré et Jacquet lui fixent un délai de vingt à trente jours ; mais elle peut être plus courte (quinze à vingt jours d'après la thèse de Mlle Mioche, quinze à seize jours d'après M. Ribadeau-Dumas (1).

Voici en exemple deux observations publiées par MM. Léon Bernard et R. Debré :

1re Observation (*résumée*) (2)

Un nourrisson infecté par sa mère tuberculeuse dès le premier mois de sa vie, isolé à l'âge de quarante-neuf jours, ne présenta pendant un mois aucun symptôme morbide (cuti-réactions négatives, radio négative, augmentation de poids). Puis, simultanément, apparurent de la toux, des troubles digestifs, des signes d'auscultation (souffle dans la région axil-

(1) L. Ribadeau-Dumas. Société de Pédiatrie, 17 octobre 1922.
(2) L. Bernard et R. Rebré. Société Médicale des Hôpitaux, 24 décembre 1920.

laire droite) et, à l'écran, un foyer à la base du poumon droit. Une cuti-réaction apparue au même moment confirma la nature tuberculeuse de cet épisode.

2e Observation (*résumée*) (1)

Un enfant est contaminé dans les treize premiers jours de sa vie. Sa tuberculose reste latente jusqu'aux accidents terminaux. La cuti-réaction est quinze fois négative en quatre mois. Or, il existait une tuberculose caséeuse du sommet droit avec une adénopathie caséeuse correspondante.

On voit qu'il existe une grande différence entre ces deux enfants, contaminés au même âge. L'un présente une cuti-réaction positive dès l'instant où apparaissent les signes cliniques, c'est-à-dire dès l'instant où la maladie, sortant de sa phase d'incubation, peut se manifester de la façon la plus variable. L'autre, jusqu'à la terminaison fatale, ne réagit pas à la tuberculine.

Il en résulte qu'on peut se demander si la période antéallergique ne se prolonge pas jusqu'à la mort dans certains cas où sa durée est considérablement accrue ; on peut se demander si l'enfant, soit qu'il offre au bacille un terrain très propice et préparé par une débilité congénitale ou par des tares héréditaires

(1) L. Bernard et R. Debré. Revue de la Tuberculose, 1921, n° 1, p. 51.

ou acquises, soit que la dose de ces bacilles, proportionnellement très supérieure à ses moyens de défense personnels, les ait à jamais réduits à néant, passe directement de l'anergie antéallergique à l'anergie conférée par une atteinte grave de la maladie.

Cette deuxième hypothèse semble mieux en accord avec le fait, signalé par MM. R. Debré et Laplanc (1), de ces deux jumeaux, tous deux tuberculeux et contaminés à la même source, dont l'un, de faible constitution, a présenté jusqu'à la fin une cuti-réaction négative, et l'autre, au cours d'une amélioration passagère de son état général, a réagi à la tuberculine.

Cependant, la non apparition de la réaction de Von Pirquet demeure l'exception. En général, les enfants contagionnés réagissent au sortir de la période antéallergique ; la coïncidence de l'apparition de signes cliniques d'évolution et de la cuti-réaction prouve, lorsque celle-ci se fait un peu attendre, que l'incubation s'est un peu prolongée. Les deux observations rapportées par Mme M. Armand Ugon (1) en font foi : il s'agit de deux enfants, l'un de 13 jours, l'autre de 19 jours, en contact depuis leur naissance avec leurs mères tuberculeuses cavitaires. Le premier n'eut sa cuti-réaction positive qu'au cin-

(1) R. Debré et Laplanc. Loc. cit.

(1) M. Armand Ugon. Arch. Latino-Amer. de Pediatria, mai-juin 1918.

quante-troisième jour, le second, qu'au cent trente-neuvième jour. Et l'apparition de la cuti-réaction correspondit dans les deux cas à l'apparition des signes cliniques (mouvement fébrile, hépato et spléno-mégalie, toux, râles de bronchite, puis souffle et matité).

Les réactions à la tuberculine avaient été auparavant deux fois négatives.

En résumé, la période antéallergique ne semble pas priver les cliniciens de renseignements utiles, car elle est finie au moment où l'on est appelé à poser le diagnostic. Il suffit, pour éviter un pronostic erroné, d'être très prudent lorsqu'il s'agit d'un enfant provenant d'un foyer suspect, et de répéter la cuti-réaction jusqu'à ce qu'on puisse considérer le temps d'incubation possible comme franchi (cas de l'Obs. XCVIII).

Celui-ci peut se prolonger plus que ne prétendent les données classiques.

La réaction de Von Pirquet négative jusqu'à la mort constitue l'exception. Elle relève vraisemblablement de l'anergie des tuberculoses graves et évoluant sur mauvais terrain, dont j'ai parlé précédemment.

LA CUTI-RÉACTION ET LA PRÉSENCE DU BACILLE DE KOCH

C'est un argument de grande valeur en faveur du diagnostic de tuberculose, que de mettre en évidence, dans les humeurs, les secrétions ou les excré-

tions d'un malade, la présence du bacille de Koch. Cet argument est d'autant plus intéressant chez l'enfant hospitalisé que ce dernier n'est point exposé (1) à l'apport incessant des bacilles et que leur existence implique à coup sûr une origine endogène.

Dans une communication à l'Académie de Médecine (2), MM. Lesné et Langle ont rapporté de très intéressantes expériences tendant à démontrer que le germe de la tuberculose se rencontre dans le pharynx des enfants chez lesquels la cuti-réaction est positive.

Déjà, les mucosités pharyngées avaient été examinées directement par Demme, Kauffmann, Moskowitrine, qui n'obtinrent que très rarement des résultats positifs. Kossel, puis Bertherand, décelèrent des bacilles de Koch dans les selles des petits tuberculeux. Emmett Holt (cité par Hutinel et Tixier) a trouvé une expectoration bacillifère chez 80 % des enfants tuberculeux âgés de mois de 2 ans et même au-dessous de 6 mois. Bertherand a rapporté onze observations de bébés âgés de 11 à 32 mois qui rejetaient des bacilles, comme le montrait l'examen du contenu de l'estomac recueilli le matin à jeun, suivant le procédé d'Henri Meunier. Lemaire a également employé ce procédé (Obs. 28, 29 et 30) et a fait l'analyse des crachats (Obs. 40).

---

(1) Nous verrons ultérieurement à quelles conditions.

(2) Lesné et Langle. Présence du bacille de Koch dans le pharynx. Bulletin de l'Académie de Médecine, 9 juin 1925.

Voici comment MM. Lesné et Langle exposent le but et la méthode de leur travail :

« ...Nous avons recherché si, chez le nourrisson ayant une cuti-réaction positive, atteint d'une tuberculose latente ou évolutive, qui tousse peu ou n'expectore pas, l'inoculation au cobaye des mucosités pharyngées ou même l'inoculation des selles ne permettrait pas de déceler plus fréquemment la présence du bacille de Koch, dont le petit nombre peut échapper à l'examen direct. »

Le cobaye est un réactif d'une sensibilité extraordinaire. Aussi peut-on le tuberculiser par l'apport d'une quantité de bacilles tellement faible qu'il est impossible de les mettre en évidence par un autre moyen.

J'ai pratiqué à des cobayes des inoculations de mucus pharyngé suivant la technique indiquée par M. Lesné. Après un écouvillonnage soigné de la gorge et du cavum, j'agite mon tampon dans quelques centimètres cubes de sérum physiologique stérile. Puis j'injecte ce liquide sous la peau du flanc des animaux en expérience.

Malheureusement, l'impossibilité de conserver ceux-ci aux Crèches me contraignait à faire mes inoculations dans un espace de temps limité : cinq successives à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle. Les cobayes recevaient donc une dose énorme de toutes sortes de microbes autres que des bacilles de Koch. Plusieurs ont succombé en peu de temps.

Qu'on veuille bien se reporter aux observations CXCV, CC, CCI, CCIV, CCXXVI, CCLIX, CCLX, CCLXI, CCLXII, CCLXIII.

Je ferai remarquer en passant que je n'ai jamais rencontré de bacilles de Koch dans la gorge d'enfants à cuti-réactions négatives, et que les deux dont le mucus rhino-pharyngé tuberculisait le cobaye réagissaient positivement à la tuberculine. Comme on pourra s'en rendre compte par la lecture des observations, il s'agissait d'enfants qu'on ne pouvait soupçonner cliniquement de tuberculose, et non d'enfants en pleine évolution à grand fracas de la maladie, avec signes cliniques nombreux et expectoration abondante. C'est ce qui explique la très petite quantité de bacilles dont la découverte offre d'autant plus d'intérêt.

Le nombre des insuccès est loin de me décourager ou de me faire conclure de façon trop sévère ; bien au contraire, nous avons à tirer de ce timide essai des enseignements que je ne manquerai pas de mettre à profit ultérieurement.

Pour éviter le danger des infections associées, il faudra diminuer la dose de liquide virulent injectée à chaque fois : le cobaye n'en résistera que plus facilement ; mais, pour lui fournir des bacilles de Koch en nombre suffisant à le tuberculiser, on devra multiplier les inoculations, d'autant plus que, comme l'ont fait très justement remarquer M. Lesné et ceux qui avouent n'avoir rien trouvé à l'examen extem-

porane, le bacille de Koch ne se rencontre qu'en quantité infiniment petite.

En second lieu, il sera bon d'espacer les inoculations de telle sorte que les microbes d'infections associées ne soient pas introduits à doses massives, capables de tuer rapidement l'animal en expérience.

Enfin, on ne devra pas se hâter à sacrifier les cobayes. M. Lesné pose en principe qu'un délai minimum de trente jours est nécessaire entre la dernière inoculation et l'autopsie. Il y aurait, je crois, grand intérêt à allonger ce laps de temps et à laisser l'animal s'imprégner pendant deux mois et demi et trois mois. Les deux observations (Obs. CCIV et CCLX) que je rapporte d'inoculations suivies de succès en font foi ; les lésions présentées par mes deux cobayes étaient fort discrètes soixante jours après la mort d'un troisième cobaye (Obs. CXCV) qui, bien qu'inoculé en même temps, dans des conditions analogues, était mort sans accuser la moindre trace de tuberculose.

Il serait donc intéressant de s'assurer, en employant une technique plus rigoureuse et plus prudente, si le chiffre de 70 % de résultats positifs, cité par M. Lesné, n'est pas encore trop faible, et s'il ne doit pas cette faiblesse à la hâte, d'ailleurs bien légitime, qu'on eut de sacrifier les cobayes.

M. Lesné cite le cas d'un enfant dans la gorge duquel il a pu mettre en évidence le bacille de Koch, alors que sa cuti-réaction était négative (une seule, il est vrai). La question se pose donc de savoir si

un enfant dont l'organisme est vierge de l'atteinte bacillaire peut abriter quand même, à titre de saprophyte, le germe de la tuberculose, tout comme il abrite le pneumocoque dans sa salive. A priori, cela ne paraît pas impossible chez l'adulte, malgré les assertions contradictoires de Strauss (1), qui dit en avoir rencontré, et de Le Noir et Jean Camus (2), qui affirment le contraire. N'oublions pas que cette discussion offre bien moins d'intérêt chez l'adulte, car s'il est, heureusement, cliniquement indemne de tuberculose dans bien des cas, il est beaucoup plus rarement exempt d'infection bacillaire, comme en témoignent les statistiques de cuti-réactions.

Chez le nourrisson, la question est toute différente, cet armistice entre les bacilles et leur hôte ne pouvant exister qu'à la faveur d'un combat antérieur à l'issu duquel il fut conclu ; et si le germe de la tuberculose ne s'est jamais introduit dans un organisme pour y créer et y éveiller les moyens de défense, on ne s'explique guère pourquoi certains bacilles de Koch se contenteraient de végéter inoffensivement sur la muqueuse pharyngée, sans pousser plus avant leur attaque dans un milieu en pleine réceptivité.

Qu'on ne vienne pas invoquer la présence accidentelle de ce bacille, quand on voit la quantité infime d'unités que nous recueillons chez les malades les

---

(1) La tuberculose et son bacille. Paris, 1895.
(2) Société de Biologie, 21 novembre 1908.

plus suspects d'en héberger, quand on voit des enfants, cliniquement et radiologiquement atteints, ne tuberculiser leur cobaye qu'en trois mois. L'observation de M. Lesné est d'une toute autre signification. Ce nourrisson dont la cuti-réaction était négative, mais chez lequel il trouva pourtant du bacille de Koch, était réellement infecté, mais cette infection était trop récente pour que la tuberculine la trahisse. Peut-être en eût-il été autrement si l'on avait fait d'autres cuti-réactions quelque temps après. M. Lesné n'a pu en pratiquer qu'une seule. Tout porte donc à croire que l'enfant en question était en pleine période antéallergique, période pendant laquelle la réaction de Von Pirquet fait obligatoirement défaut.

On voit l'intérêt de cette étude et la nécessité qu'il y aurait à contrôler encore par de multiples expériences le parallélisme de la cuti-réaction positive et de la présence du bacille. Il semble, jusqu'ici, que les résultats aient été pleinement favorables à la cuti-réaction. Sauf le cas précédemment discuté, les résultats positifs concordent toujours. Si la tuberculine dépiste plus souvent le mal que le laboratoire, c'est parce que sa technique est plus facile, tandis que la méthode des inoculations est longue et compliquée, sujette à des incidents imprévus et à des causes d'erreur : le jour où on s'adressera au cobaye avec plus de sécurité dans l'issue de l'épreuve, ce sera sans doute une éclatante démonstration de l'immense

valeur de la réaction de Von Pirquet. Et la recherche du bacille pendant la période anté allergique (à condition que la réponse du laboratoire ne se fasse pas trop attendre et que l'apparition de la cuti-réaction ne précède pas la tuberculose du cobaye) peut devenir un appoint précieux pour le diagnostic.

Considérons maintenant l'importance de la présence du bacille de Koch et des individus suspects d'en transporter dans le milieu où vit l'enfant. La contamination se fait par inhalation (Hutinel, Léon Bernard, Tixier, Ribadeau-Dumas). Tout autre mode est rare (contagion transplacentaire), sinon exceptionnel (hérédité conceptionnelle). Or, MM. Nobécourt et J. Paraf ont jadis attiré l'attention (1) sur la contagion possible dans le milieu hospitalier. Il s'agissait de deux enfants nés à la Maternité, dont les mères n'étaient pas suspectes de tuberculose et qui n'avaient jamais quitté l'hôpital. Pourtant, ces deux enfants, l'un au bout d'un an, l'autre au bout de six mois, devenaient indubitablement tuberculeux. Après avoir exclu toute possibilité de phtisie congénitale et de contagion par le lait ou par le personnel, les auteurs concluent : « Plus probablement, les bacilles proviennent de bébés tuberculeux qui ont été soignés pendant les années précédentes à la crèche. Ces bébés ne sont pas toujours atteints de tuberculose fermée... Les bébés tuberculeux peuvent

(1) Par deux observations publiées dans les Archives de Médecine des Enfants, juillet 1919, p. 355.

donc assez souvent disséminer des bacilles, soit par la bouche quand ils toussent ou crient, soit par les fèces, où on les retrouve fréquemment. » (1)

Ce genre de contagion est possible dans les services de grands enfants. « On constate assez souvent, dit encore M. Nobécourt, chez ceux qui sont atteints d'affections chroniques, l'apparition, après un séjour plus ou moins prolongé dans la salle commune, d'une cuti-réaction positive à la tuberculine. Il semblerait que les risques de contagion fussent exclus des crèches hospitalières réservées aux nourrissons. » (2)

Beaucoup de raison plaident en faveur de la sécurité : pendant les premiers mois de la vie, la tuberculose est relativement rare ; on la considère généralement comme fermée ; enfin, les petits enfants n'expectorent pas. Aussi considère-t-on comme inoffensif le nourrisson tuberculeux continuellement couché dans son berceau, ne pouvant, comme l'adulte, disséminer les germes de la maladie.

Cependant, on peut déjà s'émouvoir à la pensée que ces enfants, sans rejeter loin d'eux le mucus bacillifère, peuvent en souiller les mains et les tabliers des gardes, le linge, les baignoires, les canules, les thermomètres, en un mot tous les objets qui,

---

(1) P. Nobécourt et J. Paraf. Contagion de la tuberculose dans une crèche d'hôpital. Archives de Médecine des Enfants, juillet 1919, p. 355.

(2) *Ibid.*

à la salle de change, viennent au contact d'autres enfants.

Eût-on prescrit l'isolement rigoureux des nourrissons bacillaires avérés, l'alarme donnée par M. Lesné n'en serait pas moins grosse de conséquences ; car se serait-on méfié de ces enfants florides, de ces tuberculeux latents dont parlent R. Debré et Joannon (1), et dont les manifestations morbides se réduisent à la seule cuti-réaction positive ? Or, ces mêmes enfants recèlent dans leur gorge, tout comme ceux qui sont en pleine évolution de phtisie, des bacilles de Koch prêts à se propager. Il n'y a qu'une différence de quantité. Longtemps, précisément, cette moindre quantité, les résultats contradictoires dans la recherche des bacilles, ont pu faire croire à leur absence. « Le danger n'en existe pas moins », ajoutait M. Nobécourt après l'exposé de tous ces motifs de sécurité apparente.

Le germe de la tuberculose, apporté dans une salle, peut se transporter sur les autres malades de cette même salle avec une grande facilité. Chaumé (2) a montré que des cobayes se contaminaient par un court séjour dans un service hospitalier où étaient couchés des tuberculeux bacillifères. Les mêmes faits ont été constatés par MM. R. Debré et Coste (3). On

(1) R. Debré et Joannon. La forme floride de la tuberculose du nourrisson. Annales de Médecine, n° 4, avril 1922.

(2) Annales de l'Institut Pasteur, juin 1916.

(3) Société de Biologie, 1er décembre 1923.

voit le danger couru par de très jeunes enfants placés dans les mêmes conditions.

Il y a donc grandement lieu de tenir compte de la présence du bacille de Koch partout où nous admettons des petits tuberculeux et surtout des petits tuberculisés dont nous ne nous défions pas assez. Dans l'intérêt de nos autres malades, nous devons tous les isoler, et non seulement des enfants sains, mais encore les isoler les uns des autres, à seule fin d'éviter entre eux les surinfections, sur lesquelles insiste M. Léon Bernard ; car il est démontré (1) que les contaminations successives sont favorables à l'évolution grave de la maladie.

Cet isolement ne doit pas attendre la phase de tuberculose nettement et cliniquement déclarée. A ce moment, la contagion peut être semée depuis longtemps. Il doit donc être très précoce et exige pour cela un diagnostic rapide. Or, nous ne devons pas, dans l'état actuel des choses, attendre un pareil renseignement des inoculations au cobaye ou de l'examen extemporané, très infidèle. Le meilleur moyen de dépister les tuberculeux latents et de les tenir à l'écart est la réaction de Von Pirquet : cette admirable réaction de présence est le plus sensible signal qui puisse donner l'alarme.

Une petite objection peut être faite à cette rigoureuse ligne de conduite : les parents qui ont une

---

(1) R. Debré. Bulletin du Comité nat. de Déf. contre la Tub., septembre-octobre 1922.

cuti-réaction positive ne sont-ils pas dangereux pour leurs enfants, au même titre que des nourrissons tuberculeux ? En réalité, il n'en est rien, car chez l'adulte qui réagit à la tuberculine par souvenir de son infection de l'enfance, mais qui ne présente cliniquement, radiologiquement et fonctionnellement plus aucune manifestation bacillaire, on peut à juste titre considérer la tuberculose comme fermée. Il en est tout autrement des parents « guéris », ayant présenté autrefois des manifestations évolutives, même très localisées (1). Tout se passe alors comme si les premiers foyers ne perdaient que très incomplètement la possibilité de rejeter des bacilles de Koch. J'ajouterai même que le danger pour l'enfant vient davantage de la mère, qui subit de par

(1) Une femme de 25 ans, contaminée par son père, vieux tousseur, « bronchitique chronique », ayant été « délicat dans sa jeunesse, fait une pleurésie. Elle en guérit sans garder trace apparente de cette infection momentanée. Son fils fait de la tuberculose pulmonaire.

Un homme fait dans sa jeunesse quelques manifestations pulmonaires d'origine tuberculeuse, dont il guérit. Son état de santé est très florissant. Mais le processus tuberculeux est si peu éteint que, vers 50 ans, il fait une tumeur blanche du genou.

Son fils est mort de tuberculose aiguë.

Une femme, contaminée par son père, mort phtisique, fait à 13 ans une tumeur blanche du genou, dont elle guérit sans présenter désormais aucune manifestation tuberculeuse. Son fils meurt de tuberculose pulmonaire.

On pourrait, en cherchant autour de soi, multiplier les exemples de transmission du bacille par des individus qu'une « guérison clinique » ne fait pas assez suspecter.

la grossesse une réactivation capable de la rendre très contagieuse, malgré son apparente santé.

Les adultes qui ont été cliniquement des tuberleux sont seuls comparables aux nourrissons dont les formes de tuberculose, même latentes, sont toujours actives, toujours évolutives. Faut-il rappeler à ce sujet ce qu'écrivait M. Marfan (1) : « Chez le jeune enfant, au-dessous d'un an, il n'y a pour ainsi dire pas d'infection bacillaire au repos. Une cuti-réaction positive révèle presque toujours une tuberculose en évolution. De un à deux ans, les formes quiescentes peuvent s'observer, mais elles sont rares, et la cuti-réaction garde une valeur considérable. Après deux ans, le nombre des tuberculoses au repos augmente. »

On voit donc tout l'intérêt de la réaction de Von Pirquet, qui nous met en défiance et trahit la présence du germe de la tuberculose. Au médecin d'éloigner le petit contagieux ou de soustraire au foyer de contagion ceux pour qui les craintes sont les plus vives.

---

(1) A.-B. Marfan. La cuti-réaction, sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge. Presse Médicale, 8 décembre 1923.

LA CUTI-RÉACTION ET LA RADIOSCOPIE

Il est banal de faire ressortir les difficultés qu'on éprouve à poser, chez le nourrisson, le diagnostic de tuberculose sur les seules données de la clinique. Les thorax sont souvent muets, ou les symptômes, lorsqu'ils existent, sont fort peu pathognomoniques. La micropolyadénopathie n'a pas une valeur absolue. Le signe de d'Espine, le signe de Smith, loin d'être constants, sont souvent très difficiles à rechercher. Quant aux signes dits d'extériorisation bacillaire (tuberculides papulo-nécrotiques et papulo-squameuses, phlyctènes de la conjonctive bulbaire, lichen scrofulosorum, abcès cutanés à pus tuberculeux, rhinite chronique catharrale spécifique, etc.), mieux vaut ne pas trop les attendre.

Mais il est un procédé d'investigation de grosse valeur qui décèle souvent ce qui échappe à l'oreille. Ce sont les rayons X. Leur supériorité sur la clinique, dans le diagnostic de la bacillose du tout petit, avait déjà été notée par M. Ribadeau-Dumas (1) à propos des grandes cavernes qui ne donnent pas de signes à l'auscultation.

Les ganglions médiastinaux sont les premiers remparts destinés à arrêter le bacille de Koch entré par

(1) L. Ribadeau-Dumas. Soc. de Méd. des Hôp., 26 déc. 1913.

les poumons. « Ces ganglions sont donc, pour les cliniciens, la signature du mal. » (1)

La constatation de l'adénopathie trachéo-bronchique chez des enfants présentant une forte fièvre avec une courbe capricieuse, des irrégularités, des oscillations, des intermittences, a une très grosse importance, même en l'absence d'autres symptômes. J'ai pu constater, en pareille occasion, que l'évolution de la maladie a toujours été en faveur du diagnostic de tuberculose. Quand la bacillose est latente, l'existence d'ombres hilaires (pourvu qu'elles soient durables et indépendantes de maladies aiguës), et *a fortiori* l'existence d'ombres anormales dans les plages pulmonaires (triangles à base médiastinale, ombre verticalement allongée du hile vers le sommet de l'aisselle, ombres hilaires en ailes de papillons (Méry), enchevêtrées et floues), n'a pas moins de valeur. On trouve, en effet, constamment ces images anormales lorsqu'on examine à l'écran fluorescent des enfants qui réagissent positivement à la tuberculine.

J'ai radioscopé dix-huit enfants dont la cuti-réaction était négative (Obs. VI, XI, XII, XVIII, XXIV, XXXII, XL, LIV, LVI, XCIV, XCVIII, CXCII, CC, CCXXVI, CCXXVIII, CCXLIV, CCLXI, CCLXII). Quatorze avaient une image thoracique entièrement

(1) Georges Gendron. L'adénopathie médiastine; sa valeur clinique dans les tuberculoses aiguës et curables de l'enfant. Thèse de Paris, 1911.

normale. Quatre ont présenté des anomalies (Observation XXIV, pleurésie interlobaire, LVI, pleurésie de la grande cavité, CXCII, triangle pneumonique, et CCXXVI) ; mais rien qui rappelle même de loin les images de nos petits tuberculeux.

Les dix-sept qui réagissaient positivement à la tuberculine (Obs. VII, XXIII, XXIX, XLV, L, LXI, CII, CIX, CXCV, CCI, CCIV, CCXIV, CCXLV, CCXLVIII, CCL, CCLIX, CCLX) avaient tous des lésions nettes, des ganglions hilaires ou des ombres pulmonaires concomitantes, sauf un (Obs. CCLIX).

Plusieurs auteurs ont déjà noté cette concordance entre les données de la radiologie et de la cuti-réaction. Régnard (1) cite quatre-vingt-un enfants ayant réagi positivement à la tuberculine et chez lesquels les rayons X vérifièrent le diagnostic.

Rappelons l'observation V (H. Assman) in Thèse R. Gauducheau (2) avec vérification par autopsie, et la communication de MM. Ribadeau-Dumas et M. Beclère à la Société Médicale des Hôpitaux (3).

En définitive, la radiologie, qui nous offre un signe excellent de l'imprégnation tuberculeuse, est en parfait accord avec les données de la réaction de Von Pirquet.

---

(1) Les tuberculino-réactions dans les tuberculoses pulmonaires de l'enfant. Thèse de Paris, 1909.

(2) L'exploration radiologique du thorax et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1912.

(3) Evolution initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant du premier âge. Société Médicale des Hôpitaux, 4 juillet 1919.

LA CUTI-RÉACTION

ET LA VÉRIFICATION ANATOMIQUE

La meilleure façon de nous rendre compte de l'authenticité des renseignements fournis par la cutiréaction consiste à rechercher, *post mortem*, si un endroit du corps garde les traces du passage de la tuberculose. J'ai donc fait les autopsies toutes les fois que les circonstances le permettaient. Qu'on veuille bien se reporter aux observations I, VI, XXI, XXIII, XXIV, XXV, XXX, XXXIII, XXXIV, XXXVIII, L, LI, LXI, LXV, LXXVIII, XCIV, XCVII, CXLVII, CL, et on verra que les résultats des épreuves tuberculiniques n'ont jamais été démentis par l'anatomie pathologique.

Je puis donc pleinement m'associer à l'opinion que Koch formulait sur la tuberculine quand il écrivait : « Les soixante-quatorze malades que nous avons inoculés présentaient pour la plupart une grande difficulté de diagnostic. La tuberculine nous a rendu un précieux service pour leur examen, et jamais les résultats qu'elle nous apportait n'ont été démentis par l'autopsie. » (1)

---

(1) R. Koch in Thèse Mettetal. Valeur de la tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose de la première enfance. Paris, 1900.

J'ai recherché, dans les thèses et mémoires consacrés à la cuti-réaction, parmi les rapports, ceux qui ont été suivis de nécropsie. Cette promenade bibliographique est fort instructive et très réconfortante. Je n'ai relevé, bien entendu, que l'histoire des malades qui peuvent entrer, par leur âge, dans le cadre de cette thèse :

Maurice Fishberg (1) déclare que les statistiques de la cuti-réaction sont absolument superposables à celles des autopsies.

Sur huit observations de la thèse d'Oppert, il y a quatre fois (Obs. 2, 5, 10, 11) concordance de l'autopsie avec une cuti-réaction positive, et deux fois (Obs. 15 et 16) avec une cuti-réaction négative. J'ai déjà parlé de l'observation 18. Reste l'observation 20 (coqueluche grave et véritable cachexie tuberculeuse) qui peut compter comme discordance.

Sur les 537 cas de sa statistique, Alan Brown, ayant fait 120 autopsies (64 fois d'enfants ayant eu une cuti-réaction positive et 56 fois d'enfants ayant eu une cuti-réaction négative), a toujours vu concorder les données de l'anatomie pathologique avec celles de la réaction de Von Pirquet, sauf dans un seul cas (tuberculose généralisée avec cuti-réaction négative).

---

(1) Arch. of Pediatrics, janvier 1915.

(2) Réactions cutanées à la tuberculine. Arch. of Pediatrics, septembre 1913.

Mme Mantoux (1) a observé la même coïncidence dans quarante-deux de ses autopsies (Obs. 1, 12, 18, 21, 31, 35, 40, 47, 49, 52, 58, 60, 63, 66, 67, 68, 69, 77, 79, 86, 90, 92, 93, 97, 98, 110, 114, 120, 122, 123, 126, 129, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 152, 154, 155, 159). Dans cinq cas seulement (les observations 2 et 28 intéressant le même malade), elle constata une tuberculose que la tuberculine n'avait pas révélée.

Mlle Rozenblatt (2) qui, sur vingt-deux autopsies, a vu trois discordances chez de grands enfants de 3 à 10 ans, ne rapporte pas en avoir observé chez les petits.

Lemaire, dans sa thèse, cite sept observations (171, 195, 198, 199, 200, 201, 202) où, la cuti ayant été négative, il ne trouva pas trace de tuberculose, et deux cas où, la cuti ayant été positive, il découvrit des lésions bacillaires : « Nous avons toujours vu, conclut-il, les autopsies confirmer les résultats de la cuti-réaction. »

Mettetal cite douze nécropsies de tuberculeux et six de non-tuberculeux qui furent en plein accord avec les prévisions de la tuberculine. Sur ces dix-huit cas, nous n'en retiendrons que quinze comme pouvant entrer dans le cadre de cette thèse.

---

(1) Thèse de Paris, 1912.

(2) Contribution à l'étude des réactions locales à la tuberculine. Arch. de Méd. des Enf., décembre 1911.

Batigne (1) a fait la vérification anatomique quatorze fois (sept cuti-réactions positives et sept cuti-réactions négatives). Celles-ci furent à chaque fois confirmées.

Meroz et Khalatoff ont publié les résultats de trente-cinq cuti-réactions suivies d'autopsies, dont quinze négatives et dix-huit positives furent justifiées. Les deux autres enfants, malgré la réaction négative, étaient atteints de broncho-pneumonie caséeuse et de méningite.

En résumé, sur 271 indications fournies par la cuti-réaction, on a pu 261 fois démontrer d'une façon irréfutable qu'elle avait raison. Soit une proportion d'erreur de 3,8 %. Est-il beaucoup d'épreuves apportant autant de certitudes ?

---

(1) La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. Thèse de Paris, 1908.

(2) Valeur clinique de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'enfant. Revue Méd. de la Suisse Romande, 20 octobre 1911.

CONCLUSIONS

I. — La sensibilité des réactions tuberculiniques est extrêmement grande, la cuti-réaction ne le cédant en rien aux réactions similaires.

II. — Elle a le gros avantage sur celles-ci d'être très simple, commode, d'une interprétation facile et rapide. Elle est absolument inoffensive.

III. — Il convient de faire une différence considérable entre les résultats donnés par la réaction de Von Pirquet chez l'adulte ou même le grand enfant et chez le tout petit. C'est au-dessous de deux ans que ses attestations « absolument concordantes » (1) offrent le maximum de garanties.

IV. — La cuti-réaction peut disparaître sous l'influence de certaines maladies infectieuses dites anergisantes, du nombre desquelles j'exclus la broncho-pneumonies et les pneumococcies même prolongées; mais les atteintes graves de la tuberculose semblent ne conférer que très exceptionnellement l'anergie.

V. — Le nourrisson tuberculisé est porteur de bacilles de Koch virulents, même si, en apparence, rien ne décèle une tuberculose évolutive. De ce fait, il est dangereux pour les enfants de même âge. La cuti-

---

(1) M. Péhu. Les réactions locales et générales à la tuberculine. Arch. de Méd. des Enf., juillet 1922.

réaction nous offre un moyen rapide et sûr de dépister les petits contagieux.

Ceux-ci doivent être immédiatement et rigoureusement isolés.

VI. — La cuti-réaction est en concordance avec les examens radioscopiques. Elle se trouve, dans la presque totalité des cas, vérifiée par les autopsies.

VII. — Nous possédons, dans la réaction de Von Pirquet, un moyen de diagnostic d'une valeur très grande, acquérant, chez le nourrisson, une signification quasi absolue.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

P. F. Armand Delille. — Académie de Médecine, 15 avril 1924.

— Signes physiques et données radiographiques de l'adénopathie trachéo-bronchique latente, contrôlés par l'examen microscopique. (Société Médicale des Hôpitaux, 21 nov. 1919.)

R.-S. Austin. — Bacilles tuberculeux dans les amygdales d'enfants cliniquement non tuberculeux. (Amer. Journ. of Dis. of Children, juillet 1919.)

Batigne. — La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. (Thèse de Paris, 1908.)

Etienne de Batz. — Congrès de la Tuberculose, 1905.

Léon Bernard. — Conception actuelle de la tuberculose humaine (Presse Médicale, 18 avril 1914.)

— La Tuberculose.

Léon Bernard, Baron et Bigart. — Applications des réactions à la tuberculine à la clinique. La cuti-réaction : valeur diagnostique et pronostique. (Revue de la Tuberculose, p. 253, 1920.)

Léon Bernard et R. Debré. — Soc. Méd. des Hôp., 24 décembre 1920.

Germain Blechmann. — L'adéno-cuti-réaction à la tuberculine. (Soc. d'Etudes scient. sur la tuberculose. Séance du 11 juin 1914.)

A. Boquet et L. Nègre. — Société de Biologie, 20 avril et 24 novembre 1923.

J.-W. Bride. — La cuti-réaction à la tuberculine de Von Pirquet (The Brit. Med. Journ., 14 mai 1910.)

Alan Brown. — Réactions cutanées à la tuberculine. (Archives of Pediatrics, septembre 1913.)

Chaussé. — Annales de l'Institut Pasteur, juin 1916.

Combe. — Formes cliniques de la tuberculose du nourrisson (Le Nourisson, n° 2, p. 73, mars 1916.)

J. Comby. — Soc. Méd. des Hôp., 29 avril 1910.

— Archives de Médecine des Enfants, nov.-déc. 1914.

Cornillon. — Thèse de Paris, 1909.

O. Cozzolino. — Sur le problème de la contagiosité de la tuberculose pulmonaire des premières années de la vie. (La Pediatria, 15 juillet 1921.)

L. Dautrebande. — La période antéallergique de la tuberculose (Arch. Méd. Belges, sept. 1922, p. 857.

R. Debré. — Bulletin du Comité national de Défense contre la Tuberculose, septembre-octobre 1922.

R. Debré et Henri Bonnet. — Intradermo-réaction tuberculinique au cours de la tuberculose expérimentale du cobaye. (Société de Biologie, 3 mars 1922.)

— Société de Biologie, 8 juillet 1922.

R. Debré et Coste. — Société de Biologie, 1er déc. 1923.

R. Debré et Joannon. — Annales de Médecine, n° 4, avril 1922.

R. Debré et Laplane. — Revue de la Tuberculose, p. 349, n° 4, 1922.

Ch. Fairise. — Etude sur les tuberculoses latentes et particulièrement celles des ganglions trachéobronchiques chez les enfants. (Thèse de Nancy, 24 juillet 1911.)

E. Feer. — Beitrage Z. Klin. der Tuberculose, 1910.

Maurice Fishberg. — Cuti-réactions à la tuberculine chez les enfants de parents non tuberculeux. (Arch. of Pediatrics, janvier 1915.)

Gardère. — IIIe Congrès des Pédiatres de langue française, octobre 1923.

René Gauducheau. — L'exploration radiologique du thorax et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (Thèse de Paris, 1912.)

André Gauquelin. — Thèse de Montpellier, 1923.

Louis Gavet. — De l'influence de certaines affections et de l'état de gestation sur les réactions à la tuberculine. (Thèse de Paris, 1912.)

Georges Gendron. — L'adénopathie médiastine. Sa valeur clinique dans les tuberculoses pulmonaires aiguës et curables de l'enfant. (Thèse de Paris, 1911.)

Génévrièr. — IIIe Congrès des Pédiatres de langue française, octobre 1923.

V. Hutinel et L. Tixier. — La tuberculose latente du nourrisson. (Congrès de la Tuberculose, Rome, avril 1912.)

André Jousset. — La bacillémie tuberculeuse primitive du premier âge. (Académie de Médecine, 9 février 1915.)

— Signification générale des réactions tuberculiniques (Académie de Médecine, 18 mai 1915.)

Marcel Labbé. — Le tuberculino-diagnostic. (Gazette des Hôpitaux, juillet 1907.)

J. Laborderie. — L'adénopathie trachéobronchique. (Journal de Radiologie, mars 1921.)

— Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine, en particulier chez les enfants. (Thèse de Paris, 1909.)

— Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine. (Revue de la tuberculose, avril 1908.)

P. Lereboullet. — Réactions cutanées à la tuberculine. (Progrès Médical, 13 février 1909.)

— Paris Médical, 8 septembre 1923.

Ed. Lesné et Langle. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 9 juin 1925.

Dora Mantoux. — Thèse de Paris, 1912.

A.-B. Marfan. — La toux bi-tonale dans la tuberculose des ganglions trachéobronchiques chez l'enfant du premier âge. (Le Nourrisson, mai 1923.)

— La Cuti-réaction. Sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge. (Presse Médicale, 8 décembre 1923.)

— Les enseignements de la cuti-réaction. (Presse Médicale, 22 décembre 1923.)

— Les enseignements de la cuti-réaction. L'immunité antituberculeuse. (Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale, 20 avril 1924.)

E. Mensi. — L'état actuel de la tuberculino-réaction dans l'enfance. (Arch. de Méd. des Enf., février 1923.)

E. Meroz et B. Khalatoff. — Valeur clinique de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'enfant. (Revue Méd. de la Suisse Romande, 20 octobre 1911.)

H. Méry et G. Détré, H. Salin, L. Girard. — Les signes radiologiques des adénopathies hilaires. (Soc. Méd. des Hôp., 16 mai 1919.)

H. Méry et G. Détré, A. Desmoulins. — Le diagnostic radiologique de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. (Presse Médicale, 1921, n° 23, p. 221.)

Mettetal. — Valeur de la tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose de la première enfance. (Thèse de Paris, 1900.)

Germaine Mioche. — Thèse de Paris, 1919.)

Charles M'Neil. — Infections tuberculeuses dans la première et la deuxième enfance, telle qu'elle est révélée par l'épreuve cutanée à la tuberculine. Analyse de 541 cas. (Edimburgh Med. Journ., avril 1912.)

P. Nobécourt. — Progrès Médical, 21 janvier 1922.

— Les réactions cutanées à la tuberculine négatives dans les affections de l'appareil respiratoire chez les enfants. (La Pédiatrie, janvier 1922.)

P. Nobécourt et H. Forgeron. — La cuti-réaction à la tuberculine dans la coqueluche. L'anergie tuberculeuse. (Arch. de Méd. des Enfants, juillet 1922.)

P. Nobécourt et Jean Paraf. — Tuberculose du nourrisson. Contagion de la tuberculose dans une crèche d'hôpital. (Arch. de Médecine des Enfants, juillet 1919, p. 355.)

— Société de Pédiatrie, 15 avril 1919.)

— Sur la tuberculose du premier âge. (Paris Médical, 6 janvier 1923.)

Hugo Nottmann. — Arch. für Kinderheilk, Bd. LIII, fasc. 1-3, 1910.

Edgar Olbrechts. — Une enquête au moyen de la cuti-réaction à la tuberculine dans la clientèle infantile d'un dispensaire antituberculeux. (Revue Belge de la Tuberculose, juillet 1925.)

Oppert. — La cuti-réaction à la tuberculine. (Thèse de Paris, 1908.)

Andrée Patte. — Documents relatifs à la valeur diagnostique et pronostique de la cuti-réaction à la tuberculine. (Thèse de Paris, 1919.)

M. Péhu. — Les réactions locales et générales à la tuberculine. (Arch. de Méd. des Enfants, juillet 1912.)

M. Péhu et J. Chalier. — Nouvelle contribution à l'étude de la tuberculose congénitale. (Arch. de Méd. des Enfants, octobre 1914, p. 721.)

M. Péhu et Mlle Mouret. — Sur un cas de tuberculose aiguë généralisée chez un enfant de 3 mois. (Lyon Médical, 28 juin 1914.)

André Philibert. — Réinfections et allergie dans la tuberculose. (Progrès Médical, 4 avril 1914.)

Regnard. — Les tuberculino-réactions dans la tuberculose pulmonaire des enfants. (Thèse de Paris, 1909.)

L. Ribadeau-Dumas. — Société Médicale des Hôpitaux, 26 décembre 1913.

— La tuberculose des nourrissons. Etude clinique, radiologique et prophylactique. (La Clinique, 2 janvier 1914.)

— Le tubercule d'inoculation pulmonaire infantile. (Revue de la tuberculose, 1920, p. 27.)

— Tuberculose du nourrisson (in Traité de pathologie et de thérapeutique de Sergent, Babonneix et Ribadeau-Dumas).

— Société de Pédiatrie, séance du 17 octobre 1922.

L. Ribadeau-Dumas et Henri Béclère. — Evolution de la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant du premier âge. (Soc. Méd. des Hôp., 4 juillet 1919.)

L. Ribadeau-Dumas et Albert Weil. — Société de Pédiatrie, 12 novembre 1912.)

L. Ribadeau-Dumas et Albert Weil, Manigot. — Etude radiologique de la tuberculose pulmonaire du nourrisson. (Journal de Physiothérapie, n° 121, p. 1-8, janvier 1913.)

Rominger. — Recherches cliniques sur les réactions à la tuberculine chez l'enfant. (Monattchrift für Kinderheilkunde, août 1920.)

H. Rozenblatt. — Contribution à l'étude des réactions locales à la tuberculine. (Arch. de Méd. des Enfants, décembre 1911, p. 925.)

Sabourin. — Quelques observations sur l'hérédité tuberculeuse. L'immunité antituberculeuse héréditaire. (Presse Médicale, 17 juin 1915.)

Guglielmo Savelli. — Importance de la cuti-réaction de Von Pirquet dans le diagnostic de la tuberculose infantile. (La Pediatria, janvier 1915.)

L. M. Spolverine. — Sur la tuberculose latente du nourrisson. (Ri. di Clin. Pediatrica, avril 1919.)

Enrique Suner. — Sur le diagnostic de la tuberculose infantile. (Congrès d'Obstétrique et de Pédiatrie, Madrid 1911.)

Terrien. — III[e] Congrès des Pédiatres de langue française, octobre 1923.

M. Armand-Ugon. — Arch. Latino-Amer. de Pédiatria, mai-juin 1918.

Villaret et Tixier. — Revue de la Tuberculose, juin-juillet 1908.

E. Weill et A. Dufourt. — Sur quelques points de radiologie concernant les affections pulmonaires de l'enfance. (Journal de Radiologie, janvier 1922.)

P. Woringer. — La tuberculose du nourrisson. (Le Médecin d'Alsace et de Lorraine, 16 août 1924.)

OBSERVATIONS

CRÈCHE MÉDICALE

I. — *Alexandre H...*, 2 mois, entré le 25 septembre 1922. Aucun renseignement sur les parents. A l'entrée, il présente de l'érythème fessier et des excoriations des talons.

Poids, 3,100 gr. ; 1re semaine, 3,020 gr. ; 2e semaine, 2,800 gr. Ulcération de la voûte palatine. Vomissements empêchant l'enfant de rien garder de ses biberons.

24 novembre 1922. Cuti-réaction négative.

Meurt le 23 février 1923, athrepsique. A l'autopsie, aucune lésion tuberculeuse.

II. — *Nicolas J...*, 4 mois, entré le 20 novembre 1922.

Antécédents : le père et une sœur de 2 ans et demi toussent.

Poids à l'entrée ,3,400 gr. Aurait eu la coqueluche (?) à 1 mois et demi. L'enfant serait resté fatigué depuis.

Vomissements incessants et toux.

Malgré une pyodermite avec forte fièvre survenue en décembre, l'enfant, le 10 janvier, est en bien meilleur état : 4,375 gr.

Au début de février, la température remonte. Nouveaux abcès. Ventre ballonné. Une broncho-pneumonie se déclare, et l'enfant est emmené par ses parents, dans un état désespéré.

Cuti-réaction négative.

III. — *Marie G...*, 5 mois, entrée le 12 mars 1923, parce qu'elle tousse. Aucun renseignement. A l'ausculta-

tion : signes de bronchite. Mauvais état de la peau. Sort le 1er avril, emmenée par son père.

15 mai 1923. Entre à nouveau pour bronchite. Entre temps, l'enfant avait fait une rougeole qui l'avait obligée à séjourner quatre mois dans le service des contagieux. Cuti-réaction positive.

Il est regrettable qu'une cuti-réaction n'ait pas été faite lors de son premier passage dans le service et que l'observation n'indique pas l'évolution de la maladie.

IV. — *Denise Le D...*, 13 mois, entrée le 24 mars 1923. Mère tuberculeuse en traitement dans le service des phtisiques à l'Hôtel-Dieu.

L'enfant ne présente rien cliniquement. Cuti-réaction négative.

V. — *Jeanne D...*, 2 jours, entrée le 14 juillet 1923. Morte athrepsique le 23 décembre 1923.

Cuti-réaction négative.

VI. — *Marcel S...*, né le 23 juin 1923. Entré le 25 juillet pour gastro-entérite.

L'enfant, rapidement amélioré, sort et entre à nouveau le 15 septembre. Vaste abcès de la région sacrée qui guérit en trois semaines. Du 19 novembre au 10 décembre, la température redevient normale. Cet état dure une semaine, avec un seul clocher à 38°8.

A partir du 17 décembre, la température remonte ; elle se maintient constamment au-dessus de 38°. L'enfant ne présente absolument aucun symptôme, ni pulmonaire, ni digestif. Il boit bien et prend du poids, malgré cette fièvre perpétuelle. Sa courbe de poids présente quelques oscillations, mais, étant donné l'état d'hypothrepsie qu'il présentait déjà lors de son entrée, son poids insuffisant (4,500 gr. à 16 semaines) et la difficulté qu'on avait éprouvée à lui faire tolérer un régime normal, on ne

pouvait guère attendre mieux. Pendant la dernière période de cette pyrexie, la courbe de poids est restée stationnaire. Elle a très rapidement baissé dans les dernières semaines de la vie.

Les séro-diagnostics ont tous été négatifs.

La radioscopie ne nous a rien montré.

La cuti-réaction est restée constamment négative (à six reprises).

L'autopsie a confirmé l'absence de tuberculose. D'ailleurs, les poumons étaient sains, et seul le foie présentait un peu de dégénérescence graisseuse.

VII. — *Henri T...*, 14 mois. Entré le 6 septembre pour diarrhée et vomissements. A ce moment, la cuti-réaction n'a pas été pratiquée. Il sort trois semaines plus tard, puis entre à nouveau, le 29 janvier 1924, pour bronchite légère.

2 février. Cuti-réaction positive. Sort guéri de sa bronchite le 25 février.

Entre encore le 20 mars, avec un violent engagement des ganglions du cou et des fausses membranes dans la gorge. Passe aux contagieux. La bronchite à laquelle nous avons assisté était très légère. N'étaient les signes radiologiques et la cuti-réaction, l'enfant ne pouvait être étiqueté tuberculeux.

Par la suite, il a fait une rougeole sans complications, mais a continué à tousser longtemps après. A la suite d'une période d'amaigrissement et de température à grandes oscillations, l'enfant meurt.

VIII. — *Francine M...*, 11 mois. 14 septembre 1923. Cuti-réaction positive.

20 septembre. Température à 39°, toux.

24 septembre. Etat convulsif. Crie à toute occasion. Quelques râles fins au sommet droit, avec bronchophonie.

Ponction lombaire. Albumine 1 gr. 20. Lymphocytose très marquée. Meurt le 27 septembre.

IX. — *Bernard C...*, 19 mois. Mère décédée à l'Hôtel-Dieu, de tuberculose pulmonaire. Entre le 23 août : fièvre, vomissements, hypothrepsie.

Cuti-réaction le 12 septembre, positive.

Puis, l'enfant refuse toute alimentation et dépérit rapidement.

Meurt le 19 octobre 1923.

X. — *Jean N...*, 2 ans et demi. Pemphigus. Cuti-réaction négative.

XI. — *Raoul S...*, 1 an. Entré une première fois, le 10 novembre 1923, pour broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

Passe en chirurgie pour de nombreux abcès. Il revient à la Crèche médicale, le 10 septembre, avec une forte bronchite. Des abcès reparaissent.

A l'examen radioscopique, on n'aperçoit rien qui ne soit normal.

Cuti-réactions encore négatives.

Passe à nouveau en chirurgie. Il en revient, le 27 novembre 1924, avec une broncho-pneumonie, dont il meurt le 1er janvier 1925.

XII. — *René C...*, né le 13 mars 1922. Entré le 10 novembre 1923, pour bronchite. Forte fièvre, toux râles ronflants et sibilants. Rachitisme.

A trois reprises, pendant un séjour dans le service, l'enfant a fait des poussées thermiques. La température s'éternisait autour de 38°. L'enfant toussait, présentait une dyspnée souvent très intense, de la toux. A l'auscultation, on trouvait d'abord une quantité de râles muqueux, relativement fins, disséminés dans l'étendue des deux plages pulmonaires. Puis la toux devenait plus

grasse et plus fréquente ; la température baissait. sans rejoindre complètement la normale. Avec la dyspnée disparaissait l'aspect vultueux du visage. Mais on continuait à percevoir quelques bruits adventices, ou encore un petit souffle localisé au niveau de l'interlobe supérieur gauche. L'enfant ne maigrissait pas beaucoup à l'occasion de ces poussées. Il ne profitait pas non plus.

Trois cuti-réactions négatives.

Plusieurs examens radioscopiques ne montrent rien de particulier. A partir de mars, la courbe de température n'est plus sujette aux irrégularités. La toux disparaît peu à peu. Plus de poussées dyspnéiques. Le rachitisme s'améliore, l'enfant prend du poids et fait ses premiers pas. Il sort le 10 avril 1924, en excellent état.

XIII. — *Elise N...*, 15 mois. Broncho-pneumonie. Otite droite suppurée.

Trois cuti-réactions négatives.

XIV. — *Fernand M...*, 16 mois. Impétigo. Trois cuti-réactions négatives.

XV. — *Germaine P...*, 15 mois. Broncho-pneumonie. Otite suppurée. Trois cuti-réactions négatives.

XVI. — *Eugène M...*, 2 ans. Hydratrose tuberculeuse. Cuti-réaction positive.

XVII. — *Germaine C...*, 1 mois. Vomissements. Trois cuti-réactions négatives.

XVIII. — *Yvette L...*, 2 mois. Entrée le 15 décembre, pour vomissements.

Le poids monte de 2,860 gr. à la dixième semaine à 3,730 à la seizième. A ce moment, l'enfant fait une fièvre oscillant autour de 38° et entretenue par une multitude d'abcès siégeant dans le cuir chevelu. Amaigrissement considérable (1 kilo en quatre semaines). Athrepsie.

L'examen radioscopique ne montre rien de particulier
Trois cuti-réactions négatives. Meurt le 11 mars 1924.

XIX. — *Jacques L...*, 2 ans. Impétigo. Cuti-réaction positive.

XX. — *Marcelle P...*, 1 mois. Bronchite. Trois cuti-réactions négatives.

XXI. — *Antoine O...*, 7 mois. Entre le 29 décembre 1923. Broncho-pneumonie avec rechutes. Cuti-réactions négatives, 6, 12 et 29 janvier 1924.

Autopsie : lésions de broncho-pneumonie typique avec dégénérescence du foie.

XXII. — *Gilbert A...*, 4 mois. Vomissements. Deux cuti-réactions négatives.

XXIII. — *Jean G...*, 2 ans. Entré le 8 janvier 1924, pour gastro-entérite. Toux. Polyadénopathie. Cuti-réaction le 12 janvier, positive.

Peu à peu, l'enfant maigrit. Il fait une fièvre à grandes oscillations quotidiennes d'un ou même deux degrés. Une dyspnée intense avec tirage s'installe. A gauche, foyer de râles sous-crépitants.

Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique est vérifié aux rayons X. L'enfant meurt asphyxiant le 26 janvier.

Autopsie. Ganglions énormes caséifiés dans le médiastin et sur le mésentère. Foyers de broncho-pneumonie caséeuse dans le lobe supérieur du poumon gauche.

XXIV. — *Marcelle U...*, 19 mois. Broncho-pneumonie suivie de pleurésie purulente interlobaire, découverte aux rayons X. Cuti-réactions négatives.

Meurt le 8 février 1924. Le diagnosic est vérifié par l'autopsie, au cours de laquelle on ne découvre aucune lésion tuberculeuse.

XXV. — *Roger U...*, 1 mois. Entré une première fois, le 16 janvier, pour bronchite, revient le 22 février avec une broncho-pneumonie dont il meurt le 17 mars, sans qu'on retrouve à l'autopsie rien qui puisse faire penser à la tuberculose.

La cuti-réaction avait été trois fois négative.

XXVI. — *Eugénie L...*, 21 mois. Gomme syphilitique. Trois cuti-réactions négatives.

XXVII. — *Camille B...*, 2 ans. Entrée le 17 janvier avec un point de congestion pulmonaire. Rachitisme extrêmement marqué. Deux cuti-réactions négatives.

XXVIII. — *Daniel C...*, 3 mois. — Bronchite. Deux cuti-réactions négatives.

XXIX. — *Louis D...*, 22 mois. Entré le 21 janvier, pour bronchite. Quelques râles sous-crépitants dans la région de l'interlobe supérieur droit et à la base gauche.

26 janvier. Cuti-réaction positive.

A la radio : plages pulmonaires peu transparentes. Hiles épaissis en tous points.

XXX. — *Francis M...*, 16 mois. Entré le 26 janvier. Hypothrepsique. Quatre cuti-réactions négatives. Est pris, le 20 février, de broncho-pneumonie avec troubles digestifs intenses. Perte de poids rapide. Meurt le 12 mars. Autopsie : lésions de broncho-pneumonie aux deux bases. Dégénérescence graisseuse du foie. Pas trace de tuberculose.

XXX. — *Roger L...*, 22 mois. Impétigo. Abcès multiples. Trois cuti-réactions négatives.

XXXII. — *Andrée B...*, née le 11 juillet 1923. Entrée le 12 septembre.

Quatre cuti-réactions négatives.

A fait, pendant son séjour dans le service, une broncho-pneumonie dont elle a guéri.

L'examen radioscopique ne montre rien qui ne soit normal.

Poids à l'entrée, 2,150 gr. Poids à un an, 4,325 gr.

Sort en excellent état, malgré son poids infime, au moment où la courbe de poids a tendance à se redresser sans présenter de grandes oscillations.

XXXIII. — *Eugène A...*, né le 20 juin 1923. Entré le 15 octobre, pour vomissements. Athrepsie accentuée. Pyodermite.

Les troubles digestifs cessent ; le poids reste stationnaire, puis remonte rapidement. Mais l'enfant est rapidement emporté par une broncho-pneumonie. Meurt le 15 février.

Quatre cuti-réactions négatives.

Aucune lésion tuberculeuse à l'autopsie.

XXXIV. — *Marie J...*, 14 jours. Entrée pour gastro-entérite.

Meurt de broncho-pneumonie le 18 juin, sans avoir pu reprendre son poids de naissance.

Trois cuti-réactions négatives.

Autopsie. On constate un foyer de broncho-pneumonie à gauche.

Pas trace de tuberculose.

XXXV. — *Louis V...*, 11 jours. Débilité congénitale. Diarrhée. L'enfant reprend peu à peu du poids. Sort le 12 avril en excellent état.

Trois cuti-réactions négatives.

XXXVI. — *Yvonne J...*, née le 27 janvier 1924. Débilité congénitale et troubles digestifs. Tombe le 15 février à 1,870 grammes, puis engraisse de 500 grammes le mois suivant.

A partir de ce moment, l'enfant ne cesse plus de maigrir et meurt en hypothermie le 12 avril.

Trois cuti-réactions négatives.

XXXVII. — *France Le H...*, 1 mois. Cuti-réactions négatives.

XXXVIII. — *Alphonse H...*, 5 mois. Pyodermite. Amélioration passagère, puis brusquement emporté par une broncho-pneumonie.

Cuti-réactions négatives.

Autopsie. Aucune trace de tuberculose.

XXXIX. — *Gisèle A...*, 3 mois. Enfant extrêmement amaigrie. Vomissements incessants, pas de diarrhée. Pyodermite. Broncho-pneumonie.

Trois cuti-réactions négatives.

XL. — *Charles T...*, né le 18 septembre 1923. Entré le 16 février, pour broncho-pneumonie. La température n'a définitivement baissé que dans les premiers jours d'avril. Pendant un mois et demi, l'enfant a présenté une succession de poussées thermiques avec réapparition de souffle et de râles sous-crépitants en un point constant du poumon.

Amaigrissement considérable. Trois cuti-réactions négatives.

Rien à signaler à la radio.

Depuis, l'enfant est revenu dans le service. On lui a fait une cuti-réaction qui a été négative.

XLI. — *Odette L...*, 10 mois. Vomissements. Cuti-réaction négative.

XLII. — *Lucien T...*, 6 mois. Bronchite, puis broncho-pneumonie. Deux cuti-réactions négatives.

XLIII. — *Henriette P...*, 1 mois. Gastro-entérite. Trois cuti-réactions négatives.

XLIV. — *Andrée O...*, 6 mois. Entrée pour vomissements. Rachitique. Bronchite qui se complique par la suite d'un petit foyer de congestion pulmonaire rapidement amélioré.

Trois cuti-réactions négatives.

XLV. — *Marcel O...*, 12 mois. Entré pour gale impétiginisée.

Mère morte de tuberculose pulmonaire. Un frère mort de méningite tuberculeuse.

Cuti-réaction positive.

L'examen radioscopique montre des ombres hilaires très notables, avec foyer opaque au tiers moyen du poumon droit.

Amaigrissement et température se maintenant aux environs et au dessus de 38°.

Sort emmené par la famille.

XLVI. — *Roger F...*, 3 mois. Troubles digestifs consécutifs à l'hypoalimentation.

Cuti-réaction négative.

XLVII. — *Marie-Madeleine O...*, 10 mois. Gastro-entérite. Trois cuti-réactions négatives.

XLVIII. — *Félix D...*, 3 mois. Dyspepsie.

Trois cuti-réactions négatives.

XLIX. — *Emilie R...*, 6 mois. Abcès multiples. Mauvais état digestif, puis vomissements. Athrepsie.

Deux cuti-réactions négatives.

L. — *Joseph L...*, né le 19 août 1923. Entré le 11 mars 1924, pour toux persistante.

Le père est un tuberculeux pulmonaire.

A l'entrée : érythème très intense de la gorge, avec œdème considérable de la luette.

12 mars. Adénite préauriculaire.

14 mars. On découvre à l'auscultation du sommet droit un léger souffle avec transmission très nette de la voix. Quelques râles.

15 mars. A l'écran radioscopique : les deux plages pulmonaires ont perdu toute transparence. Ombre totale.

22 mars. Foyer de râles fins au sommet droit. Dyspnée intense avec un peu de tirage.

La température, qui était à l'entrée de 39°5 et 40°, reste constamment à 38°2 ou 38°3, sans redescendre plus bas.

Cuti-réaction positive.

24 mars. Sort, contre avis du médecin, emmené par les parents.

Entre à nouveau le lendemain. Du 26 au 30 mars, les signes stéthacoustiques du sommet droit restent constamment ce qu'ils étaient. Remarquable fixité. A la radio, on découvre une ombre s'étendant du hile droit jusque sous la clavicule du même côté.

31 mars. Le souffle et la dyspnée sont de plus en plus intenses. Le tirage devient menaçant.

3 avril. L'enfant est dans une prostration semblable à l'état typhoïde. Peut-être a-t-il un peu moins de dyspnée, probablement parce que sa respiration est plus superficielle. La température se maintient constamment au-dessus de 39°. Amaigrissement rapide.

Le voyant à toute extrémité, on fait une cuti-réaction. Contrairement aux prévisions, la réaction est franchement positive.

7 avril. La dyspnée réapparaît, plus forte, avec un fort tirage. Les râles sous-crépitants s'entendent un peu partout, mais toujours avec prédominance des signes au sommet droit.

Meurt le 9 avril.

Autopsie. Médiastin rempli de ganglions hypertrophiés, les uns présentant un commencement d'infiltration, les autres de la caséification ou du ramollissement complet.

Poumons farcis de foyers tuberculeux, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois.

Rien sur le mésentère.

LI. — *Arsène C...*, né le 21 novembre 1922. Entré le 13 mars 1924, avec, aux poumons, deux foyers de souffle et de râles sous-crépitants.

Les signes stéthoscopiques s'améliorent, mais la température se maintient au dessus de 37°5.

Puis, la fièvre s'allume à nouveau et, pendant une dizaine de jours, reste aux environs de 40°, sans qu'on trouve autre chose qu'un foyer de râles fins à la base droite. L'enfant se cachectise rapidemeent et meurt le 28 mars, après avoir présenté des troubles digestifs.

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Deux cuti-réactions ont été négatives.

A l'autopsie, rien n'est relevé de tuberculeux, ni aux hiles pulmonaires, ni sur le mésentère. Un peu de congestion de la base droite.

LII. — *René P...*, 2 mois. Muguet. Cuti-réaction négative.

LIII. — *Jeanne C...*, 7 mois. Entrée le 30 mars 1924, pour broncho-pneumonie.

Deux cuti-réactions négatives.

Revient à la crèche le 30 novembre 1924. La cuti-réaction est encore négative.

LIV. — *Etienne G...*, né le 12 juillet 1923. Entré le 3 avril 1924, avec un gros foyer de broncho-pneumonie à droite et un autre moins important au tiers supérieur du poumon gauche. Température 39°. Toux incessante. Dyspnée vive.

Le 5 avril, on n'entend plus rien à gauche. Le foyer de droite est en régression.

Le 10, réapparition des signes stéthoscopiques à droite, avec toute leur intensité. Réascension de la température.

14, 15 et 16 avril, grosse amélioration. Le 17, réapparition d'un foyer à gauche, qui régresse rapidement ; le 19, on ne l'entend plus. Mais le souffle de droite persiste, accompagné de beaucoup moins de râles.

L'enfant est très amaigri.

Malgré l'amélioration de son état pulmonaire, on entend constamment ce souffle de la base droite et toujours au même point.

Puis un pyodermite avec forte fièvre se déclare, et l'enfant sort en mauvais état, le 12 juin, emmené par ses parents.

La radioscopie, à deux reprises, ne nous a rien signalé.

La cuti-réaction a été cinq fois négative (5, 12 et 24 avril, 3 et 17 mai).

LV. — *Etienna G...*, 22 mois, sœur du précédent. Entrée pour bronchite.

Cuti-réaction négative.

LVI. — *Yvette L...*, 4 mois. Broncho-pneumonie et pleurésie purulente découverte à la radioscopie.

Trois cuti-réactions négatives.

LVII. — *Pierre H...*, 18 mois. Broncho-pneumonie. Deux cuti-réactions négatives.

LVIII. — *Simone R...*, 2 mois. Broncho-pneumonie. Deux cuti-réactions négatives.

LIX. — *Louis B...*, 13 jours. Bronchite, puis broncho-pneumonie.

Trois cuti-réactions négatives.

LX. — *René B...*, 26 jours. Hérédo-syphilis. Cuti-réaction négative.

LXI. — *Odette R...*, 1 an. Entrée le 19 avril, pour toux et dyspnée survenant par crises.

Serait resté en contact pendant deux mois avec sa mère, morte tuberculeuse.

L'enfant est très amaigrie, présente de la dyspnée avec un peu de tirage. A l'auscultation, on trouve des râles muqueux un peu partout et deux foyers soufflants dans le tiers moyen de chacun des poumons. Pas de troubles digestifs.

Commence par engraisser de 200 grammes.

A partir du 22 mai, la température oscille entre 37°5 et 39°. A partir du 5 juin, elle est constamment au-dessus de 38° ; enfin, après le 13 juin, elle dépasse continuellement 40°.

Cuti-réaction positive.

Radioscopie : A droite, zones sombres ; au sommet, pommelures. A gauche, hile densifié, ganglions hypertrophiques.

Meurt le 21 juin.

Autopsie : Broncho-pneumonie tuberculeuse et ganglions caséeux du médiastin.

LXII. — *Suzanne T...*, 3 mois. Hypothrepsie. Trois cuti-réactions négatives.

LXIII. — *Marcelle D...*, 2 ans et demi. Bronchite. Trois cuti-réactions négatives.

LXIV. — *André P...*, 2 mois. Bronchite. Trois cuti-réactions négatives.

LXV. — *Charles C...*, 15 jours. Broncho-pneumonie. Meurt le 4 mai.

Cuti-réaction négative.

Autopsie : Foyers de broncho-pneumonie dans les deux poumons. Aucune trace de tuberculose.

LXVI. — *Renée B...*, 2 mois. Athrepsie. Hérédo-syphilis. Trois cuti-réactions négatives.

LXVII. — *Armand B...*, 22 mois. Impétigo. Cuti-réaction positive.

LXVIII. — *Marcel B...*, 1 mois. Débilité congénitale. Gastro-entérite. Trois cuti-réactions négatives.

LXIX. — *Jacqueline D...*, 2 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réaction négative.

LXX. — *Marguerite M...*, 10 mois. Gastro-entérite et muguet. Cuti-réaction négative.

LXXI. — *Yves C...*, 1 mois et demi. Bronchite et troubles dyspeptiques. Trois cuti-réactions négatives.

LXXII. — *Marie G...*, 19 mois. Impétigo. Trois cuti-réactions négatives.

LXXIII. — *Henri V...*, 5 mois. Broncho-pneumonie. Trois cuti-réactions négatives.

LXXIV. — *Mario E...*, 2 mois. Athrepsie. Trois cuti-réactions négatives.

LXXV. — *Thérèse P...*, 21 mois. Méningite tuberculeuse. Cuti-réaction positive. Sort sur la demande des parents.

LXXVI. — *Palmyre B...*, 1 mois. Athrepsie. Trois cuti-réactions négatives.

LXXVII. — *Raymonde M...*, 10 mois. Entrée pour gale infectée.

Ne présente rien au point de vue clinique. L'examen radioscopique n'a pas été pratiqué. Cuti-réaction positive.

LXXVIII. — *Yvonne D...*, 8 mois. Gastro-entérite. Cuti-réaction négative.

Autopsie : aucune lésion tuberculeuse.

LXXIX. — *Léon S...*, 2 ans. Entérite. Cuti-réaction positive.

LXXX. — *Marcel L...*, 14 jours. Gastro-entérite. Trois cuti-réactions négatives.

LXXXI. — *Lucien T...*, 11 mois. Congestion pulmonaire. Cuti-réaction négative.

LXXXII. — *René D...*, 13 jours. Débilité congénitale. Diarrhée. Cuti-réaction négative.

LXXXIII. — *Amel B. H...*, 11 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réaction négative.

LXXXIV. — *René C...*, 15 mois. Bronchite. Cuti-réaction positive.

LXXXV. — *Jeanne H...*, 2 mois et demi. Athrepsie. Trois cuti-réactions négatives.

LXXXVI. — *René C...*, 1 mois et demi. Broncho-pneumonie. Trois cuti-réactions négatives.

LXXXVII. — *Marie H...*, 13 mois. Trois cuti-réactions négatives.

LXXXVIII. — *Pierre C...*, 24 jours. Bronchite. Trois cuti-réactions négatives.

LXXXIX. — *Pierre G...*, 1 mois. Cuti-réactions négatives.

XC. — *Yves C...*, 3 mois et demi. Cuti-réactions négatives.

XCI. — *Yvonne L...*, 1 mois et demi. Athrepsie. Trois cuti-réactions négatives.

XCII. — *Charles B...*, 6 mois. Gastro-entérite. Trois cuti-réactions négatives.

XCIII. — *Madeleine G...*, 1 mois et demi. Troubles dyspeptiques. Trois cuti-réactions négatives.

XCIV. — *Anna B...*, entrée le 23 août 1924, à l'âge de 20 jours, pour vomissements et diarrhée.

Hérédo-syphilis traitée par le novarsénobenzol.

A fait une bronchite au mois de septembre. Jusqu'au 20 septembre, le poids reste stationnaire ; à partir de ce moment, il augmente d'une façon faible, mais régulière.

Le 4 janvier 1925, l'enfant, qui jusqu'alors était apyrétique, fait une poussée à 38°6. Puis la température monte progressivement et oscille aux environs de 39° et 40°. Cet état dure jusqu'au 9 février.

Deux séro-diagnostics T.A.B. sont négatifs. Radio négative.

La cuti-réaction se maintient négative à plusieurs reprises.

A partir du 9 février, la température redevient normale. La cuti-réaction reste toujours négative. Pendant toute la période fébrile, le poids est demeuré staitonnaire. L'état général est maintenant satisfaisant.

Le 23 février, l'enfant commence une broncho-pneumonie, dont elle meurt le 27.

L'observation n'explique pas à quoi on pouvait attribuer cette longue fièvre. Il est cependant visible qu'on a dû penser à la tuberculose.

Mais l'autopsie a pu faire constater qu'il n'existait aucune trace du passage du bacille de Koch.

XCV. — *André T...*, 4 mois. Dyspepsie. Cuti-réactions négatives.

XCVI. — *René L...*, 2 ans. Tuberculose pulmonaire. Cuti-réaction positive.

Est passé au sanatorium de Chantenay, où il est mort.

XCVII. — *Maurice D...*, 10 mois. Entré avec toux, dyspnée, foyers de râles sous-crépitants fins dans les deux poumons.

Un frère plus âgé présente une cuti-réaction positive.

La température est élevée. Elle se maintient avec des clochers irréguliers presque constamment au-dessus de 39°. La cuti-réaction est positive.

L'enfant s'affaiblit rapidement, perd du poids, se couvre d'abcès et meurt dans la cachexie avec une très forte hyperthermie.

Autopsie. Broncho-pneumonie caséeuse. Ganglions médiastinaux envahis et caséifiés, sans toutefois être très augmentés de volume.

XCVIII. — *Suzanne C...*, 7 mois. Entrée le 3 septembre 1923, pour impétigo du cuir chevelu.

L'enfant était restée cinq mois en contact avec sa mère faisant de la tuberculose pulmonaire et morte depuis de cette maladie.

Le 12 septembre, la température monte progressivement. Elle atteint 40°6 le 20 décembre. A ce moment, on ne perçoit à l'auscultation que quelques râles de bronchite qui disparaissent rapidement. L'enfant présentant une grosse rate, on fait un séro-diagnostic qui est négatif.

A l'écran, on ne voit rien d'anormal qu'une très grosse rate.

La température se maintient constamment à 38° du 23 septembre au 6 octobre, avec deux clochers, l'un à 39°, l'autre à 40°. Puis, nouvelle poussée thermique le 13 et le 14 octobre, avec fièvre dépassant 38°.

Trois cuti-réactions sont négatives.

L'enfant tousse quelque peu et présente une dyspnée assez intense. A l'auscultation, on trouve parfois dans le thorax des signes fugitifs, surtout des râles de bronchite, parfois des râles sous-crépitants, par instants même un

bruit de souffle dans le tiers supérieur du poumon gauche ; mais aucune localisation bien évidente.

Par la suite, la petite malade a fait quelques brusques poussées fébriles avec un peu de toux, apparition de râles ronflants et de sibilances, dyspnée et légère cyanose. Mais ces accidents tournent rapidement court. La fièvre devient de plus en plus rare et l'enfant prend lentement du poids.

La cuti-réaction demeure négative.

Un examen radioscopique, le 11 novembre, montre une image thoracique normale.

XCIX. — *Jean J...*, 22 mois. Eczéma impétiginisé. Cuti-réaction positive. Passe au sanatorium de Chantenay.

C. — *Camille L...*, 15 mois. Helminthiase. Cuti-réaction positive.

CI. — *Madeleine P...*, 5 mois. Dyspepsie. Trois cuti-réactions négatives.

CII. — *Auguste R...*, 4 mois. Entré pour troubles respiratoires avec dyspnée et tirage.

Les parents sont suspects de tuberculose.

A l'auscultation, quelques râles de bronchite.

L'examen du larynx et de la gorge ne démontre rien de spécial. L'enfant s'alimente bien, mais diminue de poids.

Cuti-réaction positive.

A la radio, on aperçoit une ombre recouvrant les sommets et semblant se continuer avec une masse sombre siégeant au devant et au bas du cou. On pense à une hypertrophie du thymus, bien qu'on découvre aussi une adénopathie trachéo-bronchique marquée.

L'enfant est emmené par ses parents.

CIII. — *Henriette L...*, 14 mois. Amygdalite. Cuti-réactions négatives.

CVII. — *Célestine A...*, 2 mois Athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CVIII. — *Odette N...*, 14 mois. Stomatite aphteuse. Cuti-réactions négatives.

CIX. — *Henri P...*, 9 mois et demi. Mère morte tuberculeuse il y a deux mois.

Adénopathie trachéo-bronchique contrôlée à la radioscopie. Cuti-réaction positive.

Fléchissement du poids. Hyperthermie continuelle aux environs de 38°.

Meurt le 22 octobre, de méningite tuberculeuse.

CX. — *Félix B...*, 5 mois et demi. Entérite. Cuti-réactions négatives.

CXI. — *Yvon L...*, 10 mois. Eczéma. Trois cuti-réactions négatives.

CXII. — *André J...*, 2 ans et demi. Impétigo. Cuti-réactions négatives.

CXIII. — *Roger J...*, 16 mois. Impétigo. Cuti-réactions négatives.

CXIV. — *André Le P...*, 2 mois et demi. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXV. — *Georgette L...*, 22 mois. Spasmophilie. Cuti-réactions négatives.

CXVI. — *Roger F...*, 2 mois. Athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CXVII. — *Alphonse D...*, 7 mois. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXVIII. *Marie J...*, 4 mois. Pyodermite, athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CXIX. — *Jean B...*, 2 ans. Cuti-réactions négatives.

CXX. — *Joséphine K...*, 2 mois et demi. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CXXI. — *André P...*, 3 mois, Diarrhée. Cuti-réactions négatives.

CXXII. — *Enrico C...*, 2 ans et demi. Rhyno-pharyngite. Cuti-réactions négatives.

CXXIII. — *Jules P...*, 1 mois. Vomissements, hypothrepsie. Cuti-réactions négatives.

CXXIV. — *Armand B...*, 2 ans et demi. Gale impétignisée. Cuti-réactions négatives.

CXXV. — *Marcel B...*, 2 ans et demi. Entérite. Cuti-réactions négatives.

CXXVI. — *Georges B...*, 2 ans. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXXVII. — *François A...*, 25 jours. Vomissements. Cuti-réactions négatives.

CXXVIII. — *Raymond C...*, 6 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CXXIX. — *Marcel L...*, 5 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CXXX. — *André L...*, 18 mois. Impétigo. Cuti-réactions négatives.

CXXXI. — *Jacques C...*, 2 ans. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXXXII. — *Anna C...*, 3 mois. Congestion pulmonaire. Cuti-réactions négatives.

CXXXIII. — *André M...*, 2 ans. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXXXIV. — *Georges P...*, 18 mois. Entéro-colite. Cuti-réactions négatives.

CXXXV. — *Adolphe B...*, 2 mois. Athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CXXXVI. — *Raymond B...*, 3 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CXXXVII. — *Madeleine J...*, 1 mois et demi. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXXXVIII. — *André M...*, 8 mois. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXXXIX. — *Henri L...*, 9 mois. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXL. — *Renée B...*, 21 mois. Entrée pour bronchite. Gros râles muqueux disséminés.

Cuti-réaction positive.

CXLI. — *Paul Le F...*, 1 an. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXLII. — *Denise D...*, 11 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CXLIII. — *Victorine D...*, 9 mois. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXLIV. — *Yves H...*, 2 mois. — Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CXLV. — *Henri Le C...*, 6 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CXLVI. — *René A...*, 7 mois. Vomissements. Cuti-réactions négatives.

CXLVII. — *Hélène A...* Entrée une première fois le 30 avril, pour hypothrepsie. Sortie le 22 juillet, très améliorée. Trois cuti-réactions négatives.

Entre une deuxième fois, à l'âge d'un an, le 4 février 1925. Dyspnée assez intense. Battement des ailes du nez. Température 39°5. Râles fins à la base gauche et dans le lobe supérieur du poumon droit.

Amélioration des signes stéthoscopiques. La température tombe en lysis jusqu'à 37°4. Une première cuti-

réaction est négative. Pendant dix jours, du 11 au 21, elle se montre irrégulière, avec des clochers dépassant parfois 38°5. Un foyer de râles fins au tiers moyen du poumon droit persiste, mais l'état général est bon, et la dyspnée s'atténue et disparaît. La cuti-réaction se maintient négative. Puis, à partir du 26 février, température à grandes oscillations. Mort en hyperthermie.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de lésion tuberculeuse, mais des lésions banales de broncho-pneumonie au poumon droit.

CXLVIII. — *Jean H...*, 4 mois. Bronchite, puis broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CXLIX. — *Anne F...*, 1 mois et demi. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CL. — *Huguette C...*, 4 mois. Entrée le 18 février 1925, pour pyodermite. La température fait de grandes oscillations.

Cuti-réaction positive.

Le 8 mars, on remarque de la cyanose, une dyspnée vive avec tirage sus et surtout sous-sternal. Rien au point de vue stéthacoustique.

Le 9, mêmes symptômes, plus une profusion de râles fins envahissant les deux plages pulmonaires. Meurt à 11 heures.

Autopsie. — Foyer caséeux au niveau du lobe supérieur du poumon droit.

Tubercules miliaires farcissant les deux poumons. Granulations sur les séreuses et sur le foie, dans le foie (qui présente des foyers de dégérescence graisseuse) et dans la rate.

Ganglions à tous les stades de la cascification dans les hiles, dont un très gros et suppuré comprime la trachée.

Ganglions sur le mésentère.

Rien au cœur ni aux reins.

Un peu de congestion de la pie-mère.

CLI. — *Marie G...*, 2 ans et demi. Cuti-réaction positive.

CLII. — *Paul C...*, 1 an. Eczéma. Cuti-réaction positive.

CLIII. — *Marcel A...*, 1 mois. débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CLIV. — *René A...*, 19 jours. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CLV. — *Germaine K...*, 4 mois. Otite suppurée. Cuti-réactions négatives.

CLVI. — *Marcel D...*, 2 ans et demi Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CLVII. — *Gaston D...*, 1 mois. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CLVIII. — *Lucien E...*, 1 mois. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CLIX. — *Jeanne H...*, 2 ans et demi. Impétigo. Cuti-réactions négatives.

CLX. — *Auguste E...*, 5 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CLXI. — *Paul R...*, 1 an. Eczéma impétignisé. Cuti-réactions négatives.

CLXII. — *Marie L...*, 11 jours. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CLXIII. — *André D...*, 1 mois et demi. Athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CLXIV. — *Noémie T...*, 15 jours. Débilité congénitale. Cuti-réaction négative.

CLXV. — *Rémi A...*, 9 mois. Bronchite. Cuti-réaction négative.

CLXVI. — *Paulette R...*, 3 mois et demi. Gastro-entérite. Cuti-réaction négative.

CLXVII. — *Albert S...*, 4 mois et demi. Tuberculose pulmonaire.

Entre le 8 avril 1925, pour bronchite avec mauvais état général et amaigrissement considérable. Dès son entrée, fièvre à 39°5.

Pendant vingt jours, l'enfant n'a pas cessé de faire une température supérieure à 38°. Les six derniers jours, elle dépasse 40°.

Cuti-réaction positive.

Meurt le 29 avril.

CLXVIII. — *Raymonde L...*, 2 ans et demi. Méningite tuberculeuse. Cuti-réaction positive.

CLXIX. — *Georges D...*, 1 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réaction négative.

CLXX. — *Etiennette L...*, 2 mois et demi. Broncho-pneumonie. Cuti-réaction négative.

CLXXI. — *Pierre R...*, 3 mois. Entre avec des signes de bronchite. Mère tuberculeuse.

Vomissements et diarrhée. Baisse rapide de la courbe de poids.

Température à grandes oscillations. Cuti-réaction positive.

Meurt le 22 avril.

CLXXII. — *Joseph C...*, 22 mois. Cuti-réaction négative.

CLXXIII. — *Christiane C...*, 1 an. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CLXXIV. — *Robert D...*, 1 mois. Hypothrepsie. Cuti-réactions négatives.

CLXXV. — *Adolphe V...*, 2 mois. Amygdalite. Cuti-réactions négatives.

CLXXVI. — *Paulette T...*, 4 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CLXXVII. — *Gérard M...*, 3 mois. Broncho-pneumonie, pyodermite. Cuti-réactions négatives.

CLXXVIII. — *Gilberte L...*, 1 an. Erythème fessier. Cuti-réactions négatives.

CLXXIX. — *Paulette C...*, 2 ans et demi. Impétigo. Cuti-réactions négatives.

CLXXX. — *Marcel C...*, 2 ans et demi. Rachitisme. Cuti-réactions négatives.

CLXXXI. — *Marie-Thérèse O...*, 1 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CLXXXII. — *Georges J...*, 1 mois et demi. Mère tuberculeuse. Cuti-réactions négatives.

CLXXX. — *Cécile V...*, 1 mois et demi Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CLXXXIV. — *Auguste O...*, 18 mois. Rachitisme. Cuti-réactions négatives.

CLXXXV. — *Germaine M...*, 18 mois. Spira-ventose. Cuti-réaction positive.

CLXXXVI. — *René D...*, 20 mois. Entérite chronique. Cuti-réactions négatives.

CLXXXVII. — *Edmond F...*, 17 mois. Coryza. Cuti-réactions négatives.

CLXXXVIII. — *Lucienne G...*, 2 ans et demi. Impétigo. Cuti-réaction positive.

CLXXXIX. — *Madeleine L...*, 2 ans et demi. Prolapsus rectal. Cuti-réactions négatives.

CXC. — *Raymonde J...*, 3 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CXCI. — *Paul R...*, 15 mois. Eczéma. Cuti-réactions négatives. Passe aux contagieux pour coqueluche.

CXCII. — *Germaine N...*, 2 ans et demi. Pneumonie franche aiguë. Cuti-réactions négatives. A la radio, ombre classique de pneumonie, disparaissant avec la guérison. Rien aux hiles.

CXCII. — *Pierrette D...*, 2 ans et demi. Bronchite. Cuti-réaction positive.

CXCIV. — *Charles F...*, 1 mois et demi. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CXCV. — *René G...*, 7 mois et demi. Pére tuberculeux pulmonaire hospitalisé à l'Hôtel-Dieu.

Bon état général.

A l'auscultation, quelques signes de bronchite.

Examen radioscopique : les poumons s'éclairent mal. Les deux hiles sont très marqués. Du hile droit, on voit partir transversalement une grosse tache noire empiétant sur le champ pulmonaire droit.

Cobaye mort un mois après la dernière inoculation, sans lésion tuberculeuse.

CXCVI. — *Gabriel D...*, 7 mois. Dyspepsie. Cuti-réactions négatives.

CXCVII. — *Suzanne B...*, 21 mois. Congestion pulmonaire. Cuti-réactions négatives.

CXCVIII. — *Germaine G...*, 14 mois. Broncho-pneumonie. monie. Cuti-réactions négatives.

CXCIX. — *Lucien B..*, 13 jours. Vomissements, hypothrepsie, hérédo-syphilis. Cuti-réactions négatives.

CC. — *Atellia R...*, 2 mois. Vomissements.

Ne présente aucun signe clinique.

Cuti-réactions négatives.

A la radio : image thoracique normale.

Cobaye inonculé de mucus pharyngé : meurt deux mois après sans lésion tuberculeuse.

CCI. — *René Le M...*, 32 mois. Impétigo.

Cuti-réaction positive. Aucun signe à l'examen clinique du thorax.

A la radio : plages pulmonaires à transparence très atténuée, affectant presque un aspect pommelé. A la place du hile droit, on aperçoit une grosse masse opaque.

Le cobaye inoculé meurt en dix-huit jours, sans lésion tuberculeuse.

CCII. — *Georges O....* 23 jours. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CCIII. — *René P....* 18 jours. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CCIV. — *Odette M....* 5 mois. Entrée pour bronchite.

La mère, tuberculeuse, a allaité son enfant pendant quatre mois. Elle a cessé quand elle est tombée malade, pour entrer à l'Hôtel-Dieu. Une sœur de 2 ans et demi bien portante.

Cuti-réaction positive.

L'enfant ne présente, au point de vue clinique, que quelques râles ronflants et muqueux avec sibilances.

A la radioscopie : plages pulmonaires ayant perdu beaucoup de leur transparence, principalement à droite.

Gros ganglions épaississant l'ombre médiastinale du côté droit.

Inoculation de mucus pharyngé à un cobaye. Sacrifié au bout de cent jours, l'animal présente des ganglions caséeux dans lesquels on trouve du bacille de Koch et des granulations tuberculeuses sur la rate.

CCV. — *Georges S....* 22 jours. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCVI. — *Roger C....* 3 mois. Asthme. Cuti-réactions négatives.

CCVII. — *Lucienne H....* 5 mois et demi. Gastro-entérites. Cuti-réactions négatives.

CCVIII. — *Marcelle G...*, 10 jours. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CCIX. — *Jacques V...*, 28 jours. Athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CCX. — *Alfred R...*, 1 an. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CCXI. — *Jacques F...*, 9 mois. Impétigo. Cuti-réaction positive.

CCXII. — *Jacqueline B...*, 2 ans et demi. Paraplégie spasmodique. Cuti-réactions négatives.

CCXIII. — *Marcelle L...*, 17 mois. Rachitisme. Cuti-réactions négatives.

CCXIV. — *Jules M...*, 2 ans. Méningite tuberculeuse. Cuti-réaction positive.

Examen radioscopique : ombres à contours très flous au niveau du hile droit. Les deux lobes supérieurs forment des taches grisâtres sans ligne de démarcation bien définie.

CCXV. — *Raymond C...*, 9 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCXVI. — *Jeanne B...*, 5 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CCXVII. — *Henri D...*, 7 mois. Cuti-réactions négatives.

CCXVIII. — *Jeanne N...*, 4 mois. Cuti-réactions négatives.

CCXIX. — *Armandine C...*, 2 ans et demi. Rachitisme, hérédo-syphilis. Cuti-réactions négatives.

CCXX. — *Gabrielle C...*, 2 ans et demi. Impétigo. Cuti-réactions négatives.

CCXXI. — *Robert B...*, 7 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CCXXII. — *Pierrette L...*, 17 mois. Bronchite. Cuti-réactions négatives.

CCXXIII. — *Louise Le C...*, 2 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCXXIV. — *Alphonse B...*, 22 jours. Paralysie obstétricale. Cuti-réactions négatives.

CCXXV. — *Jean D...*, 20 jours. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CCXXVI. — *Odette Y...*, 9 mois. Née à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, élevée par sa mère bien portante.

L'enfant tousse quelque peu. Cuti-réactions négatives.

Quelques gros ronchus épars apparaissent par moments dans le poumon droit. Rien à gauche.

Végétations adénoïdes.

A la radioscopie : les hiles sont intacts. On aperçoit quelques vagues ombres disposées en arborisation dans la plage pulmonaire droite. Rien à gauche.

CCXXVII. — *Jeanne G...*, 1 mois. Cuti-réactions négatives.

CCXXVIII. — *Jeanne A...*, 2 mois. Ictère infectieux. Cuti-réactions négatives.

CCXXIX. — *Jean Le B...*, 1 mois. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CCXXX. — *Augustine L...*, 21 jours. Cuti-réactions négatives.

CCXXXI. — *Maurice O...*, 17 jours. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CCXXXIII. — *Eugène G...*, 2 mois et demi. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCXXXIII. — *Marcel R...*, 2 ans et demi. Cuti-réactions négatives.

CCXXXIV. — *Roger D...*, 8 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCXXXV. — *Marie-Madeleine D...*, 7 mois. Cuti-réactions négatives.

CCXXXVI. — *Joseph S...*, 8 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCXXXVII. — *Jean P...*, 1 mois. Athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CCXXXVIII. — *Marie-Louise M..*, 8 mois. Entre parce qu'elle tousse.

Père suspect de bacillose.

Mal nourrie au biberon.

Très mauvais état général, sans troubles digestifs.

Tousse depuis une quinzaine. Légère dyspnée. Quelques râles de bronchite dans le poumon gauche.

Cuti-réactions négatives.

L'examen radioscopique ne révèle rien d'anormal.

CCXXXIX. — *Gisèle D...*, 1 mois. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CCXL. — *Emile B...*, 1 an. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCXLI. — *Louise M...*, 7 mois. Gastro-entérite. Cuti-réactions négatives.

CCXLII. — *Alfred R...*, 15 mois. Frère jumeau du précédent. Cuti-réactions négatives.

CCXLIV. — *Paul A...*, 9 mois. Entre parce qu'il est chétif et n'augmente pas de poids.

Pas d'antécédents bacillaires.

Est pris, quatre jours avant son entrée, d'une crise de dyspnée avec suffocation, asphyxie, cyanose, grande agitation. Pas de fièvre. Dyspnée continel cessant brusquement dans une quinte de toux.

L'enfant n'a vomi qu'une fois et a pris son biberon à l'heure habituelle.

A la radio, on aperçoit une petite quantité d'ascite libre,

en régression dès le surlendemain et disparaissant rapidement.

L'état général s'améliore. L'enfant boit bien et prend du poids.

La cuti-réaction est et reste négative.

La radioscopie, à trois reprises, montre une image thoracique normale.

CCXLV. — *Henri C....*, 2 ans. Entéro-colite. Cuti-réactions positives. Rien à l'examen clinique du thorax.

Radioscopiquement : signes d'adénopathie hilaire, principalement à droite.

CCXLVI. — *Marie-Ange R....*, 15 mois. Hérédo-syphilis. Cuti-réactions négatives.

CCXLVII. — *Gabrielle Le J...*, 18 jours. Broncho-pneumonie. Cuti-réactions négatives.

CCXLVIII. — *Emile Q....*, 12 mois. L'enfant a été élevé par sa grand'tante, qui crache le sang et est hospitalisée à l'Hôtel-Dieu dans un service de tuberculeuses.

Le père et la mère toussent et crachent.

Excellent état général.

Souffle à droite dans l'espace intercapsulo-vertébral.

Cuti-réactions positives.

A l'écran : condensation globale de la plage droite avec épaississement hilaire bilatéral, mais surtout marqué à droite.

A gauche, opacité du sommet.

CCXLIX. — *Lucienne B....*, 17 mois. Dyspepsie. Cuti-réactions négatives.

CCL. — *Emile D...*, 16 mois. Père mort il y a un mois de tuberculose. L'enfant a été en contact avec son père pendant toute sa maladie.

Entré pour vomissements. Enfant à teint pâle, présentant de temps à autre des petits clochers à 38°.

Auscultation : petit foyer de râles sous-crépitants au niveau de la scissure supérieure du poumon gauche.

Souffle au sommet droit avec retentissement de la voix.

A la radio : volumineuse adénopathie médiastinale. Sommet gauche très opaque. Plage droite diminuée dans sa transparence.

Cuti-réactions positives.

CCLI. — *Marguerite M...*, 2 ans et demi. Cuti-réactions négatives.

CCLII. — *Joseph S...*, 3 mois. Vomissements. Cuti-réactions négatives.

CCLIII. — *Annick G...*, 3 mois. Cuti-réactions négatives.

CCLIV. — *Frédérique Van den B...*, 5 mois. Cuti-réactions négatives.

CCLV. — *Jean P...*, 11 mois. Rhino-pharyngite. Cuti-réaction positive.

CCLVI. — *Marie-Josèphe P...*, 1 mois. Débilité congénitale. Cuti-réactions négatives.

CCLVII. — *Odette M...*, 2 mois et demi. Athrepsie. Cuti-réactions négatives.

CCLVIII. — *Yvon C...*, 7 mois. Cuti-réactions négatives.

CRÈCHE MATERNELLE ET D'ENFANTS ASSISTÉS

CCLIX. — *Germaine M...*, 6 mois. Cuti-réaction positive.

Enfant pâle ne présentant aucun signe stéthoscopique.

A la radio, on découvre bien peu de chose. Peut-être le hile droit est-il un peu épaissi, du fait qu'une mince bande d'ombre marque son contour descendant dans la direction de la base droite, sans dépasser deux à trois espaces intercostaux.

Cobaye mort quinze jours après la dernière inocula-

tion de mucus pharyngé, sans présenter trace de tuberculose.

CCLX. — *Joseph M...*, 6 mois. Frère jumeau du précédent.

Cuti-réaction positive.

A droite, expiration retentissante et prolongée, ayant presque un timbre de souffle.

A la radio, le médiastin est comme pris en masse par un bloc opaque. Des ramifications sombres s'étendent sur la plage pulmonaire droite.

Cobaye sacrifié au bout de trois mois. Granulations tuberculeuses sur le foie et surtout sur la rate.

Un volumineux abcès près du point d'inoculation est rempli d'un pus crémeux dans lequel on découvre du bacille de Koch.

CCLXI. — *Yvette D...*, 9 mois. Enfant née à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, élevée à la crèche par sa mère bien portante.

Ne présente rien au point de vue clinique.

A la radioscopie, son image thoracique est absolument normale.

Cuti-réactions négatives.

Le cobaye inoculé meurt en huit jours.

CCLXII. — *Germaine H...*, 10 mois. Enfant née et élevée dans les mêmes conditions que la précédente.

Ne présente rien ni cliniquement ni radiologiquement.

Cuti-réactions négatives.

Le cobaye inoculé est mort en peu de temps.

CCLXIII. — *Louise P...*, 3 mois. Hypothrepsique. Vomissements.

Aucun renseignement sur les antécédents.

Aucun signe stéthacoustique.

Image radioscopique normale.

Cobaye mort quinze jours après l'inoculation de mucus pharyngé, sans présenter trace de tuberculose.

Suivent les résultats de 346 cuti-réactions, observations numérotées de CCLXIV à DCIX.